

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 février 1908, à 1 heure

Par J. DURAND

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DES

BATTEMENTS ÉPIGASTRIQUES DE L'AORTE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

*Juges : { MM. GILBERT BALLET, professeur.
FERNAND BEZANÇON et NOBÉCOURT, agrégés*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.	NICOLAS.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
Pathologie médicale	DEJERINE.		
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.		
Anatomie pathologique	LANNELONGUE		
Histologie.	PIERRE MARIE.		
Opérations et appareils	PRENANT.		
Pharmacologie et matière médicale.	QUENU.		
Thérapeutique	POUCHET.		
Hygiène	GILBERT		
Médecine légale.	CHANTEMESSE		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.		
Pathologie expérimentale et comparée.	G. BALLET		
Clinique médicale.	ROGER.		
Maladies des enfants	HAYEM.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.		
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.		
Clinique chirurgicale.	HUTINEL.		
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.		
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.		
Clinique d'accouchements	RAYMOND.		
Clinique gynécologique	LE DENTU.		
Clinique chirurgicale infantile	BERGER.		
Clinique thérapeutique	RECLUS.		
	SEGOND.		
	DE LAPERSONNE		
	ALBARRAN.		
	PINARD.		
	BAR.		
	POZZI.		
	KIRMISSON.		
	A. ROBIN.		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS TUFFIER ET RENON

PROFESSEURS AGRÉGÉS

MM. LES DOCTEURS BERGÉ, LION, BELIN, DALCHE

MÉDECINS DES HÔPITAUX

MM. LES PROFESSEURS RECLUS ET PINARD

A M. LE DOCTEUR CHANTEMESSE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Que nous remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis un an et demi que nous suivons assidûment les leçons Cliniques du D^r Tuffier dont nous avons le grand honneur d'être l'élève, nous avons vu venir à sa consultation du mercredi un grand nombre de malades se plaignant les uns de douleurs vagues dans tout le ventre ou la région génitale, les autres de troubles dyspeptiques et nerveux, beaucoup accusant tous ces troubles à la fois.

Notre maître attirait constamment notre attention sur tout ce groupe de malades qui se ressemblent toutes avec leur peau ridée et jaunâtre, leurs traits tirés, leur abdomen flasque, leur ensellure lombaire fortement exagérée. Chez toutes on constatait la présence de battements dans la région épigastrique.

En mai dernier, dans une leçon clinique faite à l'hôpital Beaujon, le D^r Tuffier insistait spécialement sur la nature et la valeur de ces battements : Et c'est sur son conseil et en nous inspirant de son enseignement que nous avons entrepris d'étudier les causes de

production et la valeur séméiologique des battements épigastriques de l'aorte.

Après avoir étudié les rapports de l'aorte abdominale en avant et fait l'étude anatomique de la colonne lombaire au point de vue statique, vu que ses déviations jouent un grand rôle dans la production des battements, nous examinerons les conditions pathologiques qui permettent la perception des battements, puis leur importance symptomatique, ce qui nous conduira à parler de l'entéroptose, et d'une maladie générale au cours de laquelle on les rencontre constamment.

Nous passerons ensuite en revue les différents cas dans lesquels on rencontre encore des battements, pour les différencier entre eux et surtout du cas précédent. Enfin nous envisagerons les indications que l'on peut en tirer au point de vue thérapeutique.

C'est dans l'observation de nos malades que nous avons puisé les éléments de cette étude et nous avons voulu surtout nous inspirer de la clinique.

Mais nous avons eu l'avantage de travailler constamment sous la direction de notre maître le Dr Tuffier et nous sommes heureux à cette occasion de pouvoir lui en témoigner notre reconnaissance indépendamment de celle que nous lui devons pour l'éducation chirurgicale et générale qu'il nous a donnée pendant que nous étions son externe.

Nous lui devons déjà beaucoup pour cela, nous lui devons encore plus pour la particulière bonté qu'il a toujours eue pour nous, et nous ne saurions

assez lui en exprimer notre sincère et profonde gratitude.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir présenter l'hommage de notre reconnaissance :

A M. le Dr Renon dont nous avons profité des bonnes leçons et dont la continuelle bienveillance a été pour nous un appui et un encouragement au cours de nos études.

A M. le Dr Bergé qui, pendant que nous étions son externe, ne nous a ménagé ni ses leçons ni ses conseils et qui n'a jamais manqué de nous donner des marques de sa bienveillance.

A M. le Dr Lion que nous remercions de la particulière complaisance avec laquelle, à nos débuts, il nous initia à la pratique difficile de la médecine. Les circonstances seules ont empêché que nous ne devenions son élève.

CHAPITRE PREMIER

Rapports de l'aorte abdominale et étude anatomique de la colonne lombaire

Chez un sujet indemne de toute lésion pathologique ou en tous cas de toute affection ayant manifestement porté atteinte à son état général ; si l'on palpe la paroi abdominale, il est impossible, à moins de la déprimer brutalement, d'arriver sur l'aorte et d'en percevoir les battements.

En effet l'aorte abdominale est profondément située, plaquée sur le plan prévertébral très légèrement déviée en bas et à droite. Pratiquement verticale et sur la ligne médiane elle s'étend depuis l'orifice postérieur du 8 de chiffre formé par l'entrecroisement des piliers du diaphragme jusqu'au bord inférieur de la 4^e vertèbre lombaire ; l'orifice diaphragmatique étant disposé très obliquement entre deux plans horizontaux passant par la 10^e et la 12^e dorsale, c'est donc entre ces deux plans que commence l'aorte abdominale.

Elle suit le plan prévertébral laissant de part et d'autre d'elle les piliers du diaphragme et, plus à distance, le psoas appliqué sur les parties latérales des corps vertébraux. La colonne lombaire décrit une courbe à convexité antérieure, et le sommet de la courbe répond au disque qui unit la 3^e à la 4^e lombaire. L'aorte se terminant sur la 4^e lombaire ne suit donc plus à partir de ce point la courbure lombaire et dans son ensemble elle est oblique en bas et en avant. Un plan horizontal passant par le sommet de la courbe et par conséquent par la partie la plus superficielle de l'aorte passe également au niveau de l'ombilic.

Dans son trajet l'aorte profondément située est masquée par un grand nombre d'organes, qui ne permettent pas la palpation du vaisseau.

Elle est rétro-péritonéale ; sur le péritoine pariétal qui la tapisse vient se fixer le mésocôlon transverse, oblique en haut et à gauche, et coupant la partie inférieure du corps de la 1^{re} lombaire : ce qui fait que nous pouvons envisager l'aorte abdominale dans deux étages : sus-mésocolique et sous-mésocolique.

Dans l'étage sus-mésocolique le pancréas plaqué sur le corps de la 1^{re} lombaire, passe devant l'aorte entre elle et le péritoine. Au-dessous de cet organe se trouve également la 3^e portion du duodénum qui, comme le pancréas passe entre l'aorte et le feuillet pariétal. Le péritoine pariétal forme la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons, le péritoine viscéral tapisse

la face postérieure de l'estomac qui, dans cette région, masquera l'aorte ; lui-même est masqué au niveau de l'aorte par le lobe gauche du foie qui déborde nettement la ligne médiane.

Dans l'étage sous-mésocolique le péritoine pariétal pré-aortique donne insertion au mésentère, oblique en bas et à droite, vers la fosse iliaque.

L'aorte est recouverte à ce niveau par toute la masse de l'intestin grêle formée d'anses interposées dans tous les sens, au-devant desquelles retombe le côlon transverse et le grand épiploon.

Ainsi la distance qui sépare l'aorte de la paroi abdominale antérieure est relativement assez considérable et n'atteint pas en moyenne moins de 10 centimètres. Les mesures prises sur le cadavre sont évidemment inférieures aux mesures correspondantes sur le vivant, attendu que l'état de tension intra-abdominale a disparu. Si l'on ajoute à cela l'épaisseur de la paroi abdominale variable suivant l'état de musculature et d'obésité du sujet on conçoit que la distance qui sépare l'aorte de la main avec laquelle on cherche à la palper est trop considérable pour qu'on puisse y parvenir.

Étude anatomique de la colonne lombaire au point de vue de sa statique.

La courbure à convexité antérieure de la colonne lombaire est surtout due à la conformation des corps vertébraux plus hauts en avant qu'en arrière.

Dans la station debout la portion lombaire de la colonne vertébrale a tendance à être incessamment entraînée dans la flexion en avant par le poids des viscères thoraciques et abdominaux.

La colonne lombaire est maintenue à sa partie postérieure par des ligaments et des muscles.

Les ligaments vertébraux communs antérieur et postérieur maintiennent en présence les corps vertébraux sans jouer de rôle dans la courbure normale, seulement la distension et l'allongement des ligaments antérieurs sont nécessaires pour permettre l'exagération des courbures à convexité antérieure. Ces ligaments sont, du reste, plus minces au niveau de la colonne lombaire que dans la région dorsale.

Les articulations des apophyses articulaires sont peu intéressantes à étudier. L'interligne est dirigé en arrière et en dehors, les facettes inférieures de la vertèbre regardent en dehors et très peu en avant, les facettes supérieures en dedans et un peu en arrière, la capsule articulaire est cependant très fortement renforcée en arrière par un ligament postérieur.

Les ligaments inter-épineux, cloisons fibreuses placées verticalement dans l'intervalle qui sépare deux apophyses épineuses, ainsi que les ligaments sus-épineux sont peu développés dans la région lombaire et ne peuvent guère jouer un rôle dans le maintien de la colonne. Ils sont d'autant plus réduits que chez les sujets âgés les apophyses épineuses peuvent venir au contact.

Les ligaments jaunes unissant les lames vertébra-

les entre elles jouent véritablement un rôle dans le maintien de la courbure lombaire.

Ces ligaments sont transversalement tendus depuis l'apophyse articulaire jusqu'à la base de l'apophyse épineuse venant sur la ligne médiane s'unir à celle du côté opposé.

Les ligaments jaunes sont particulièrement résistants au niveau de la région lombaire, ils sont épais de 3 centimètres, alors qu'à la région dorsale, ils n'ont que 2 cm. 5. De plus leur hauteur est plus considérable, ils atteignent 2 centimètres alors qu'ils ne dépassent pas 1 cm. 5 dans la région dorsale. Cette différence est importante à signaler vu la structure histologique des ligaments. Ils sont constitués essentiellement de faisceaux de fibres élastiques auxquels s'ajoutent, mais à titre d'éléments histologiques accessoires des fibres de tissu conjonctif.

Les faisceaux constitutifs des ligaments jaunes affectent pour la plupart une direction verticale, le plus grand nombre s'étendent d'une lame à l'autre, certains cependant franchissent une lame et vont au ligament jaune sous-jacent.

Hirschfeld attribue aux ligaments jaunes un rôle important dans la production des cambrures antéro-postérieures du rachis ; d'après lui, à la région lombaire comme à la région cervicale, ils agissent en tirant à la manière de cordes et maintiennent la cambrure à concavité postérieure de la région.

Si l'on supprime l'action des ligaments jaunes en sectionnant les pédicules, la courbure lombaire se

redresse : c'est là également l'opinion de Poirier, bien que Sappey, reproduisant l'expérience, n'ait pas obtenu les mêmes résultats.

A ces divers ligaments, il faut ajouter des muscles véritables ligaments actifs auxquels Duchenne de Boulogne fait jouer un rôle prépondérant, citant avec observation à l'appui des cas de lordose paralytique par suite de paralysie des spinaux lombaires et des muscles de l'abdomen. Les muscles spinaux postérieurs sont au nombre de trois de chaque côté.

Le muscle sacro-lombaire venant de la masse commune sacro-iliaque, va s'insérer par des digitations au sommet des apophyses costiformes des cinq vertèbres lombaires et plus haut sur la face postérieure des côtes se continuant jusqu'à la région cervicale. En dedans de lui se trouve le transversaire épineux formé de digitations superposées qui vont de la face postérieure d'une apophyse transverse aux apophyses épineuses des trois ou quatre vertèbres sous-jacentes.

Ce muscle est recouvert par le long dorsal ; montant de la masse commune il va s'insérer par des digitations internes aux rudiments d'apophyse transverse que présentent les vertèbres lombaires, donnant, d'autre part, des expansions externes à la face postérieure des côtés.

Les muscles de la paroi abdominale, d'après Duchenne de Boulogne, jouent également un rôle dans le maintien de la colonne vertébrale et notamment le grand oblique et le droit antérieur de l'abdomen. Leur paralysie donne lieu à la production de lordose.

La colonne lombaire a donc déjà une légère convexité antérieure, d'autre part elle est moins solidement maintenue à sa partie antérieure que dans sa partie postérieure. La convexité antérieure normale aura tendance à s'accroître et l'insuffisance des ligaments se manifestera donc naturellement par une lordose symptomatique.

CHAPITRE II

Causes pathologiques permettant de percevoir les battements de l'aorte.

Ainsi l'aorte, séparée de la paroi abdominale antérieure par une distance relativement considérable, variable suivant les sujets, mais atteignant en moyenne 10 centimètres, ne peut être perçue à l'exploration clinique : et en dehors des cas où les battements du vaisseau deviennent manifestement perceptibles grâce à une lésion de ses parois mêmes ou des organes voisins qui en transmettent alors les battements par l'intermédiaire d'une tumeur, il est nécessaire, pour que l'on puisse les percevoir à l'inspection et à la palpation, que des phénomènes d'ordre mécanique interviennent, modifiant les rapports anatomiques ou diminuant la distance qui sépare l'aorte de la paroi.

Ces battements de l'aorte (*Siné Matéria*) sont de constatation fréquente et cependant, comme le fait remarquer le professeur Dieulafoy, il en est à peine fait mention dans les traités de pathologie. Ce n'est

pas qu'ils aient été inconnus des auteurs : Hippocrate en fait mention dans son livre des *Épidémies* et rapporte que le fils d'Eratolas, à la suite d'une dysenterie, présenta ces pulsations au plus haut point : « Quand on mettait la main sur le milieu de (1) l'ombilic et sur l'hypocondre on sentait un battement tel que l'on n'en a point de si fort au cœur ni après la course, ni dans un effroi. »

Ce symptôme était également connu de Baillou de Lancisi et de Morgagni. Ces deux derniers auteurs les ont considérés comme une phase de l'anévrysme, et leur ont donné le nom d'anévrysme bâtard.

Sandras, en 1852, rapporte que dans son service de l'hôpital Beaujon, il voyait beaucoup de malades présentant des pulsations de l'aorte.

Luton, dans le *Dictionnaire de Jacoud*, et Axenfeld dans le *Dictionnaire de Dechambre* leur consacrent un article. Enfin beaucoup d'auteurs modernes s'en sont occupé, mais la plupart accessoirement.

On a donné pour les expliquer diverses théories : Sandras les considérait comme liées à un état chlorotique, quelle qu'en soit la cause; la plupart des auteurs les rattachent à la névropathie: pour nous, deux faits nous paraissent dominer toute cette question :

C'est l'exagération de l'ensellure normale de la colonne dorso-lombaire, et la perte du tonus musculaire de la paroi abdominale antérieure, phénomènes

1. HIPPOCRATE. *Épidémies*, livre VIII, p. 3, édit. Littré, Paris, 1846, t. V.

qui sont eux-mêmes sous la dépendance d'une cause d'ordre général : d'une dystrophie des muscles et des ligaments.

En effet, si l'on fait abstraction de ces cas déjà signalés dans lesquels les battements de l'aorte sont dus à une lésion du vaisseau comme l'anévrysme, l'aortite, ou à une lésion du voisinage, tumeur de l'estomac ou de l'épiploon qui transmet les battements : tous les malades qui présentent des battements de l'aorte abdominale ont, ou une exagération manifeste de l'ensellure lombaire normale, ou un état d'atonie de la paroi abdominale antérieure, tel que la paroi s'affaisse, se déprime et peut être facilement mise en contact avec la face antérieure de la colonne lombaire dont elle n'est plus séparée que par un ou deux travers de doigts grâce, soit à cet affaissement de la paroi, soit à l'exagération de la convexité lombaire.

Du reste dans la plupart des cas les deux éléments se combinent et l'on trouve à la fois de la lordose et de l'atonie, de la flaccidité de la paroi antérieure ; mais l'un des deux éléments à lui seul suffit pour permettre de sentir battre l'aorte.

Nous reproduisons ici quelques graphiques que nous avons construits de la façon suivante :

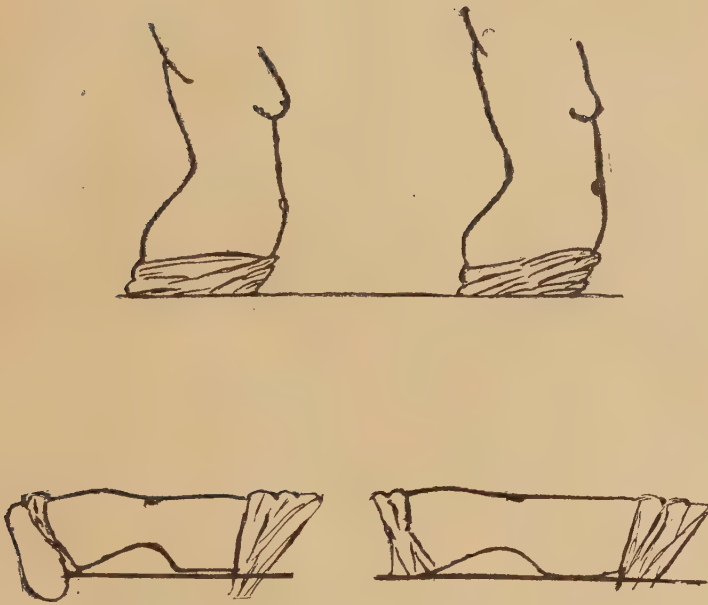
Notre malade étant couchée sur le dos, sur un plan rigide et bien horizontal, nous avons moulé au moyen d'un fil de laiton flexible, la courbure de la colonne lombaire et reproduit le tracé indiqué par le fil sur une feuille de papier.

Nous avons ainsi obtenu et la forme exacte de la colonne lombaire et le degré de la courbure qu'il nous était facile de mesurer en menant une flèche partant de la table plan horizontal et aboutissant au point maximum de courbure.

Au cours de ces mesures nous avons été frappés non seulement des variations de hauteur de la courbe mais aussi des variations de forme. Depuis la lordose excessive représentée *figure 3* et qui est du reste la plus considérable que nous ayons eu l'occasion de constater, jusqu'à l'ensellure lombaire normale, il est possible de rencontrer tous les intermédiaires.

On conçoit aisément qu'avec de telles déviations, l'aorte qui se trouve plaquée sur la face antérieure de la colonne vertébrale devienne superficielle et facilement accessible.

D'autant plus que, comme l'explique le Dr Tuffier, les viscères ne trouvant plus à se loger dans l'étroit espace qui leur est ménagé entre la colonne et la paroi sont obligés de descendre, pour trouver place ils s'abaissent et gagnent la portion inférieure de l'abdomen, la phtose est constituée. D'autre part le sommet de la courbe lordotique répond au disque qui unit la troisième à la quatrième lombaire et l'aorte se termine au niveau de la quatrième, c'est donc à ce niveau que le vaisseau sera le plus superficiel et le plus aisément perçu. Or c'est à la région ombilicale que correspond sur la paroi la quatrième lombaire : c'est aussi dans cette région ou tout au moins légè-



Ensellure lombaire vue en position horizontale les muscles étant en pleine flaccidité et dans la station debout. *D'après photographie de M. TUFFIER.*

Reproduction schématique.



FIG. I. — *Malade de l'observation VIII.*

Reproduction exacte de l'ensellure lombaire de la malade de l'observation VIII, suivie depuis l'extrémité du pli interfessier jusqu'à sa terminaison dans la région dorsale (lordose légère). La flèche indique le maximum de courbure : 2 cm. 1/2. *Réduction au tiers.*

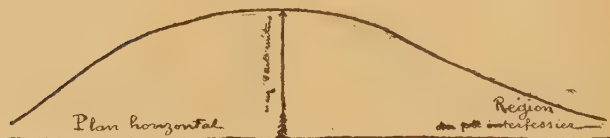


FIG. II. — *Malade de l'observation XII.*

Reproduction exacte de l'ensellure lombaire de la malade de l'observation XII ; obtenue comme la précédente. La flèche mesure en centimètres le maximum de courbure : 5 centimètres (lordose forte). *Réduction au tiers.*

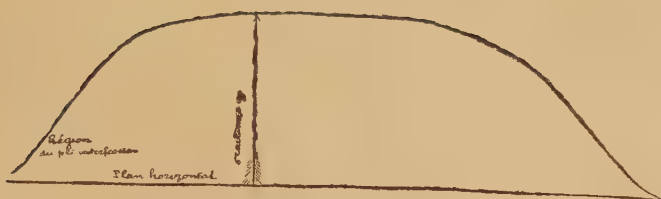


FIG. III. — Malade de l'observation XVI.

Reproduction exacte de l'ensellure lombaire de la malade de l'observation XVI, suivie depuis l'extrémité du pli interfessier jusqu'à sa terminaison dans la région dorsale. La flèche mesure en centimètres le maximum de courbure (6 cent. 1/2) (lordose considérable). *Réduction au tiers.*



FIG. IV. — Malade de l'observation I.

Reproduction exacte de l'ensellure lombaire, suivie depuis l'extrémité du pli interfessier jusqu'à sa terminaison. Le maximum de courbure indiqué par la flèche égale 4 centimètres (lordose moyenne). *Réduction au tiers.*

rement au-dessus et à gauche que l'on perçoit les battements à leur maximum d'intensité. Il existe donc un rapport entre le sommet de la courbe lordotique et le point maximum d'intensité des battements.

Et s'il n'y a pas à ce point de vue un rapport précis et constant c'est que les déviations lombaires modifient quelque peu les points de repères anatomiques.

Il y a aussi une coïncidence remarquable entre l'intensité des battements et l'intensité de la lordose. C'est un fait d'observation clinique qui met encore en valeur le rôle de la déviation vertébrale.

L'importance de ce facteur n'est donc pas douteuse, mais la perte de la musculature, l'atrophie de la paroi abdominale ne l'est pas moins. La plupart du temps, nous le répétons, les deux éléments se combinent, mais ils peuvent exister isolément : et si l'on trouve des battements chez des malades avec lordose et paroi rigide, on en trouve également chez des malades sans lordose avec paroi flasque. Ce sont de ces malades à teint jaune, à traits tirés, présentant un facies caractéristique. La peau de leur abdomen est couverte de vergetures ridées parfois écailleuse : la paroi elle-même est flasque, molle, les muscles semblent en avoir disparu. Elle est d'une minceur extrême, on peut la prendre à pleines mains en la plissant, elle revient difficilement, lentement sur elle-même, elle a perdu son élasticité. Dans la position debout cette sangle abdominale atrophiée ne maintient plus les viscères, le ventre pointe en avant,

c'est le « ventre pendant », position d'autant plus favorable qu'elle provoque des troubles abdominaux et des ptoses viscérales par le manque de soutien des viscères, qu'elle provoque ou exagère la lordose en augmentant les tractions que supporte la colonne de la part des organes qui, non soutenus en avant, tirent sur leurs ligaments.

Dans les cas moins avancés cette insuffisance de la paroi s'apprécie facilement, si se plaçant derrière la malade, on la comprime des deux mains d'avant en arrière puis qu'on la lâche brusquement. On sent qu'elle retombe lentement sur elle-même, sans force, au lieu de ce ressaut brusque, énergique, rapide, que l'on ressent si l'on se livre à la même expérience sur une paroi normale.

Dans le décubitus dorsal une telle paroi s'affaisse, s'étale en ventre de batracien : on peut introduire la main au niveau de la ligne blanche et de chaque côté des grands droits. Cette insuffisance se manifeste encore mieux si l'on commande à la malade de se lever en s'opposant à son effort : on voit alors le contenu abdominal faire hernie en une triple saillie. *C'est le ventre trilobé qu'a décrit Malgaigne.* Si l'on communique au malade des mouvements de latéralité, on voit le contenu abdominal et la paroi se déplacer tout d'une pièce comme s'ils formaient une masse unique.

Une telle paroi est évidemment passible de toutes les complaisances et rien n'est plus facile dans ce cas que d'aller explorer l'aorte ou n'importe quel autre

organe. Aussi son rôle ne se discute même pas quand il s'agit de ces cas extrêmes : mais il faut partir de là pour remonter par toute une série intermédiaire, jusqu'aux cas à paroi presque normale où on ne perçoit plus les battements : la colonne lombaire bien entendu, étant supposée normale. Nous ferons remarquer ici comme nous l'avons fait à propos de la lordose, qu'il existe également un rapport entre l'intensité avec laquelle les battements sont perçus et l'état plus ou moins accentué de l'atrophie de la paroi.

Nous signalerons à ce propos un fait que nous avons eu l'occasion de remarquer sur trois de nos malades : les battements qui, à l'état de veille, n'étaient perceptibles qu'à la palpation sont devenus visibles à l'inspection sous l'influence du sommeil chloroformique ; et nous avons cru pouvoir expliquer ce phénomène par la perte plus complète de la tonicité musculaire sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, perte de tonicité qui permettait à la paroi de s'affaisser encore davantage qu'à l'état de veille. Or si le fait est général et l'interprétation exacte, il vient à l'appui de ce que nous venons de dire du rôle de la paroi.

A côté de ces phénomènes qui modifient mécaniquement les rapports normaux de l'aorte avec la paroi et qui par conséquent doivent, à notre avis, avoir le principal rôle dans l'explication des battements, on en a fait intervenir d'autres.

C'est la sténose et la ptose du côlon de Glénard,

c'est la diminution de tension intra-abdominale de Schwerdt et l'affaissement des organes interposés, c'est la névropathie.

« Si la malade présente des battements épigastriques, dit Glénard, c'est que le côlon qui, habituellement, forme une poche gazeuse volumineuse au-devant de l'aorte, n'y est plus représenté que par une corde, il est tombé par allongement de son méso » et ajoute-t-il, la condition nécessaire pour percevoir l'aorte, « je crois l'avoir trouvée dans l'abaissement du côlon ».

D'après cet auteur la sténose du côlon qui s'accompagne d'une augmentation de son poids spécifique et consécutivement de sa ptose, de sa disparition d'avant de l'aorte qu'il masque normalement, expliquerait pourquoi on en perçoit les battements.

En effet « si l'on fait l'autopsie d'un de ces malades, ce qui est rare, dit-il, car on ne meurt guère d'entéroptose : on a d'abord quelque difficulté à trouver le côlon. L'iléon dilaté remplit tout l'abdomen, après avoir écarté les anses grêles on trouve un côlon contracté, appliqué contre l'aorte gros comme le pouce et dirigé transversalement au niveau de la première lombaire ». C'est la corde colique transverse et on a la sensation de cette corde sur le vivant à la palpation.

On la perçoit souvent, dit Glénard, sous forme d'une petite masse dure, mobile, située au-devant de l'aorte et transmettant son pouls.

« Le coude gauche et le côlon descendant sont tou-

jours à leur place ; le coude droit et le côlon descendant sont fréquemment abaissés. » En somme, c'est sur la première anse du côlon transverse que porteraient les déplacements les plus fréquents.

Nous sommes d'avis que la ptose du côlon, la disparition de cet organe volumineux placé normalement au-devant de l'aorte, en facilite l'exploration, mais nous ne croyons pas que ce déplacement puisse être considéré, ainsi que le pense Glénard, comme « la condition nécessaire pour percevoir l'aorte ».

D'abord comme le constate l'autopsie relatée quand le côlon est sténosé et abaissé, souvent il se trouve remplacé par les anses grêles dilatées.

De plus si la ptose du côlon transverse était vraiment la clé de l'explication des battements, ceux-ci devraient être perçus plus facilement dans la position debout qui favorise et accentue les ptoses par le fait même de la pesanteur, et non dans la position horizontale dans laquelle les organes n'étant plus sollicités par les lois des poids, tendent à reprendre naturellement leur position normale.

D'autre part la présence de la corde colique transverse coïncide-t-elle aussi souvent qu'on l'a dit avec la présence de battements : nous ne l'avons point trouvée constamment chez nos malades. Et, Ducatte, élève de Tuffier, affirme sur vingt-trois autopsies de malades atteints de ptose du côlon, n'avoir trouvé l'intestin sténosé que deux fois.

Ewald attribue la sensation de corde colique au bord supérieur du pancréas et à la deuxième por-

tion du duodénum et non au côlon transverse sténosé.

Dans bien des cas d'ailleurs elle est secondaire à la lordose. L'accentuation de la courbure lordotique réduisant au minimum l'espace compris entre la colonne et la paroi, le côlon et les autres viscères ne trouvant plus d'espace pour se loger s'abaissent.

La ptose du côlon contribue donc quand elle existe à faciliter la palpation de l'aorte, mais son mode d'action nous paraît moins constant, moins manifeste que celui des deux éléments dont nous avons tout d'abord parlé.

Quant à la théorie de Schwerdt sur la diminution de tension abdominale elle repose sur des expériences de physique faites par cet auteur qui sont exposées en détail dans la thèse de HERNETTE (1). Nous en donnerons ici un rapide aperçu.

D'après Schwerdt il existe dans l'abdomen une pression de tension et une pression de surcharge.

La pression de tension est due au tonus de la paroi abdominale : elle s'exerce donc sur tous les viscères abdominaux et est égale partout.

La pression de surcharge, au contraire, est due au poids des viscères superposés et est d'autant plus considérable que les organes sont plus bas situés.

Ainsi le sujet étant debout, dans l'estomac la pression de surcharge sera à peu près nulle, cet organe n'ayant à supporter le poids d'aucun autre viscère.

1. Thèse de HERNETTE, 1896.

Dans la vessie, au contraire, la pression de surcharge sera égale à une colonne d'eau de 20 centimètres, dans le rectum de 28 centimètres.

Intervertissons la position des organes en mettant le sujet tête en bas : la pression de surcharge deviendra nulle dans le rectum et atteindra 16 cm. 5 dans l'estomac.

Quant à la pression de tension toujours la même dans tous les organes, elle atteint en moyenne 11 centimètres : elle s'ajoute à la pression de surcharge dans les mesures manométriques, et pour obtenir cette dernière dans un organe quelconque il suffit de retrancher 11 centimètres du chiffre total obtenu.

« Avec une pression de tension diminuée, dit Schwerdt, les viscères abdominaux obéissent davantage aux lois de la pesanteur, avec une pression de tension augmentée ils échappent davantage à ces lois. » La pression de tension et la pression de surcharge sont en rapport inverse. La diminution de la pression de tension est due à la diminution de force, à la perte du tonus des muscles abdominaux.

« Dans l'entéroptose ce tonus diminué se devine à première vue, la paroi abdominale est flasque ; on la déprime facilement et l'on peut aller visiter l'aorte en la comprimant contre les vertèbres (1).

Admettre la théorie de Schwerdt c'est en somme admettre plus simplement l'insuffisance de la musculature abdominale, conclusion à laquelle cet auteur

1. HERNETTE. *Thèse de Paris*, 1896.

en arrive lui-même : et de ce fait nous nous retrouvons en présence d'un des deux éléments dont nous avons montré l'influence dans l'histoire de la perception des battements, l'atonie de la paroi.

La névropathie, cause invoquée par tous les auteurs comme explication des battements de l'aorte, paraît surtout l'avoir été parce que ce phénomène coïncide presque constamment avec un certain état névropathique du sujet.

« On observe ces battements, dit Luton, chez les individus hypocondriaques et dyspeptiques, chez les hystériques, au moment des règles et dans le cours de la grossesse, et en un mot dans les différents états maladiques qui s'accompagnent d'un certain degré (1) de chloro-anémie. »

D'après Laënnec (2), les artères ont une activité propre, indépendante de celle du cœur et par suite elles ont leurs palpitations comme le cœur lui-même et il compare ce qui se passe dans ce cas à ce qui a lieu dans un panaris alors que les artères des doigts et de tout le membre correspondant présentent des pulsations exagérées en vertu d'une sorte d'action vitale, spontanée. En n'ayant égard qu'aux battements de l'aorte, objecte Luton, on ne saurait invoquer une activité propre du vaisseau qui renferme à peine quelques éléments contractiles.

« Pour les expliquer on remarquera d'abord que ce

1. LUTON. *Dict. Jacoud*, article « Aorte ».

2. LAËNNEC. *Traité d'osculation*.

phénomène est accusé par des malades à sensibilité exaltée ; puis que les pulsations sont mieux transmises à la main, soit par un estomac distendu par les gaz, soit à cause de l'amaigrissement qui existe chez certains dyspeptiques réduits au marasme : par-dessus tout cela vient s'ajouter un état anémique et toutes ses conséquences, faible tension artérielle, amplitude de la pulsation, pouls bref, saccadé, ondulant, et tandis que la plupart des artères peuvent jusqu'à un certain point adapter leur calibre à la quantité de sang qui les traverse, l'aorte n'étant pas contractile offre une flaccidité relative qui exagère encore l'amplitude de la pulsation, ce qui est loin de constituer une activité propre du spasme. » (1)

Ainsi cet auteur tout en accordant à l'état névropathique du sujet un grand rôle dans la cause de production des battements de l'aorte ne rejette point l'influence de d'autre élément et nous voyons Luton invoquer l'état de maigreur, d'anémie, de cachexie du sujet et la flaccidité du vaisseau lui-même. De fait si la névropathie coïncide constamment avec la présence de battements de l'aorte, il n'en résulte pas que l'un des phénomènes est la cause de l'autre. Et nous sommes plutôt portés à croire, sans nier toutefois l'influence que peut exercer l'état nerveux sur l'intensité des pulsations aortiques, que ce sont là, deux symptômes qui évoluent côte à côte comme manifestation d'une même maladie, d'une déchéance générale de l'organisme.

1. Luton.

Toutes ces influences invoquées, par les auteurs pour expliquer les battements épigastriques nous paraissent donc devoir céder le pas aux deux facteurs sur lesquels nous avons insisté tout d'abord : l'exagération de l'ensefflure lombaire et l'insuffisance de la sangle abdominale.

Quant à ces phénomènes, eux-mêmes, ils ont été mis sous la dépendance de diverses causes. Pour ce qui est de la lordose elle peut être symptomatique ou spontanée.

Symptomatique elle reconnaît trois causes : lordose par contraction, lordose de compensation, lordose paralytique.

Spontanée, et c'est la seule variété qui nous intéresse ici, on la rencontre chez les personnes qui, par la nature de leur profession, sont obligées de se tenir très cambrées, comme les marchands ambulants chargés en avant d'un éventaire. Certains états pathologiques, l'ascite, les tumeurs ovariques, peuvent aussi à la longue déterminer une courbure antérieure du rachis. Les traumatismes, les efforts, la grossesse répétée peuvent également agir de même (1).

Dans tous ces cas, il se produit une flexion temporaire qui amène le raccourcissement des ligaments jaunes, ce raccourcissement entraînant l'affaissement des arcs vertébraux devient ensuite permanent. En effet, toutes ces scoliozes sont d'abord réductible, par la suspension et sous l'influence du sommeil chloroformique elles ne deviennent irréductibles que plus

1. In *Dict. de Dechambre*.

tard, elles sont par conséquent très probablement d'origine musculaire et sous la dépendance d'une cause générale. Toutes ces causes : traumatisme, efforts, accouchements, profession, dont on a voulu les faire dépendre, ne sont qu'occasionnelles et accessoires. Ces malades, qui sont presque toujours des femmes, présentent en effet en même temps une insuffisance complète de la paroi, un ventre trilobé, un prolapsus utérin, un rein mobile, un système veineux insuffisant, désordres qui ont tous été mis sous la dépendance de l'effort de l'accouchement. Et cependant l'accouchement, s'il a joué un rôle dans la genèse de tous ces troubles, ne peut vraisemblablement être la vraie cause de tous ces méfaits.

Sans cela pourquoi cette femme de 25 ans que nous trouvons salle Malgaigne, et qui vient actuellement pour une fausse couche après avoir eu cinq enfants à terme, se présente-t-elle à nous avec une paroi abdominale parfaite, sans diastasis de la ligne blanche, sans vergetures même, si bien qu'à l'aspect de son ventre on pourrait difficilement dire qu'elle a eu des enfants, tandis que sa voisine :

Une femme de 30 ans ayant seulement eu deux enfants se présente, avec une paroi abdominale flasque couverte de vergetures, un écartement de la ligne blanche permettant d'introduire la main entre les deux droits, une insuffisance également manifeste des muscles larges, si bien que quand elle tousse ou fait un effort elle présente le ventre à triple saillie décrit par Malgaigne.

Son système veineux est forcé, elle a des varices, et elle vient actuellement pour des hémorroïdes. Son rein droit est mobile, son utérus en rétroflexion et son système nerveux est également atteint. Elle a de l'anesthésie pharyngée, de l'agitation, des insomnies, elle est coléreuse irritable, elle pleure et rit sans motif. A la palpation de la région abdominale on constate la présence de pulsations aortiques.

Les observations de ce genre sont multiples et on pourrait en citer à loisir. On ne comprend pas bien, le rôle de l'effort de l'accouchement, qui ici passe sans conséquences morbides, tandis que là il laisse après lui des désordres profonds, si l'on ne remonte pas à une question de terrain de prédisposition congénitale ou acquise.

Et cette prédisposition à la faveur de laquelle se font les ptoses du rein, du foie, de l'utérus, de l'intestin explique également la production de la lordose et insuffisance de la paroi abdominale.

Cette cause d'ordre général a été invoquée par les auteurs et le D^r Tuffier à qui l'on doit sur ce sujet plusieurs publications et quelques leçons inédites développe ainsi sa pensée (1) :

« L'ensemble des accidents qui caractérise cette affection, y compris l'entéroptose, dépend d'une véritable affection générale qui n'est pas classée et qui

1. TUFFIER, Forme clinique et diagnostique du rein mobile, in *Semaine médicale*, 16 septembre 1891.

Leçon inédite de juin 1907, cours inédit de la Faculté.

cependant me paraît fréquente. Elle forme une entité anatomo-pathologique et une entité clinique. Tous les tissus de l'économie semblent frappés en même temps d'une insuffisance de nutrition, de vitalité et de résistance. Ils sont en état d'infériorité physiologique. Le système musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation de l'estomac et l'entéroptose avec rein mobile ; le système musculaire à fibres striées se laisse forcer, et vous trouvez le ventre à triple saillie qu'a si bien décrit Malgaigne ; le système fibreux n'est pas mieux partagé ; car, il existe une insuffisance des anneaux naturels entraînant les hernies de faiblesse, pendant que la débilité des sphincters permet l'issue du rectum et que l'atrophie du plancher pelvien laisse tomber l'utérus. Chez ces malades le système vasculaire n'est pas plus solide ; vous rencontrerez des varices, des hémorroïdes passives et indolentes, quelquefois un varicocèle. Toutes ces lésions ne sont point sous la dépendance de l'athérome ; vous les trouverez chez des jeunes gens de 20 à 30 ans et sans autre tare organique apparente. Si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle elle provoquera une lésion d'un seul organe ; mais si elle se généralise, elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères et des parois splanchniques. Il y a donc un rapprochement à établir entre ces divers états pathologiques dépendant d'un même état morbide. On peut poser une gamme ascendante de ces lésions. »

Les professeurs Berger et Le Dentu admettent également que les violences extérieures ne sont que les causes banales et seulement déterminantes des hernies, et recherchent dans une prédisposition congénitale leur cause véritable.

Trélat et Pozzi recherchent également dans une prédisposition individuelle la cause des prolapsus utérins.

Reclus reconnaît comme cause efficiente du varicocèle une influence générale encore indéterminée.

Schwartz explique la production des varices par une prédisposition congénitale ou acquise amenant un état moindre de résistance de l'étoffe veineuse.

Bouchard et Tapret admettent l'existence d'un varicocèle symptomatique d'un état de résistance insuffisante de la peau.

Bouilly admet un trouble de la nutrition des tissus : il s'agit, dit-il, de véritables dégénérés du tissu musculaire, de véritables dystrophiques.

Tillaux recherche la cause de la scoliose dans cette prédisposition, cette faiblesse musculaire, cette insuffisance de résistance du tissu fibreux et même du tissu osseux.

Cheron considère l'entéroptose, la dilatation de l'estomac, l'abaissement de l'utérus, comme des phénomènes relevant d'une cause générale commune à toutes les ptoses viscérales, l'épuisement nerveux qui produit la diminution du tonus musculaire et l'atténuation de l'élasticité de tous les ligaments suspenseurs des viscères.

Wol Kow et Delitzine dans leur ouvrage sur la pathogénie du rein mobile, invoquent une prédisposition congénitale, une insuffisance générale de l'organisme, insuffisance anotomo-physiologique et il y a, d'après eux, une relation entre le degré de cette insuffisance et le type pathologique du rein : la ptose du rein s'accompagne et est précédée d'autres ptoses d'un déséquilibre intra-abdominal. En outre ils ont montré comment ce déséquilibre intra-abdominal dû à des insuffisances musculaires et ligamentaires, amenait la ptose du rein.

Voici encore une observation de Tuffier particulièrement intéressante au point de vue qui nous occupe.

Il s'agit d'un enfant soigné il y a un an auparavant pour un pied plat valgus, douloureux du côté droit, puis six mois plus tard pour la même affection du côté opposé ; il revient maintenant pour une scoliose dorso-lombaire réductible par traction et on constate à cette occasion une nephroptose droite et une dilatation de l'estomac.

« Cette coïncidence d'une scoliose et d'une dilatation de l'estomac, fait remarquer Tuffier en présentant cette observation, est très fréquente, trop fréquente pour qu'il n'y ait pas là une relation indiscutable. Si vous rapprochez ces divers accidents tous caractérisés par une insuffisance du tissu musculaire lisse et strié, tous survenant chez un jeune sujet ; si vous ajoutez qu'aucune cause pathologique sérieuse ne peut être invoquée comme facteur de ces lésions, il

vous faut là encore admettre une véritable infériorité physiologique probablement congénitale des organes et des tissus. »

Et cette conception large de la maladie, cette vue d'ensemble qui nous propose une diathèse, un terrain, un lieu de moindre résistance, sur lesquels se développent tous ces troubles, nous permet de concevoir comment l'on peut rencontrer chez le même malade des lésions en apparence si diverses.

En somme ptose du rein, du foie, prolapsus de l'utérus, dilatation de l'estomac, varices, insuffisance de la sangle abdominale, lordose et par suite battements épigastriques, dépendent tous de la même cause : une insuffisance des muscles et des ligaments, et peuvent en être considérés comme des manifestations.

Il eût été particulièrement intéressant pour nous d'examiner l'état histologique de ces muscles et de ces ligaments si évidemment frappés dans leurs fonctions physiologiques, d'étudier leurs réactions électriques, de faire leur histologie et leur physiologie pathologique. Nous avons entrepris cette étude, mais les circonstances et le temps ne nous ont pas permis de la mener à fin et les résultats que nous avons obtenus sont trop incomplets pour que nous puissions les publier.

Conclusion du chapitre II

La part étant faite à certains facteurs accessoires tels que la ptose du côlon, la diminution de pression intra-abdominale, la névropathie : c'est à l'exa-

gération de l'ensellure lombaire normale et à l'insuffisance de la paroi abdominale antérieure que l'on doit la possibilité d'explorer l'aorte et de la sentir battre.

La colonne lombaire en accentuant sa courbure déplace avec elle l'aorte et l'amène vers la paroi. La paroi en perdant sa tonicité s'affaisse et il est facile en la déprimant de l'amener au contact du vaisseau.

Quant à ces deux facteurs primordiaux, ils sont eux-mêmes sous la dépendance d'une cause générale, d'une insuffisance des tissus, d'une dystrophie, et ils doivent en être considérés ainsi que les battements qui en résultent comme des manifestations.

CHAPITRE III

Valeur séméiologique des battements. Siège,
caractère, description, recherche.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les battements épigastriques siègent dans l'aorte. On rencontre également des battements qui ont pour siège le cœur ou le foie, mais ils se présentent différemment et ont, comme nous le verrons, une toute autre signification.

Quant au tronc caliaque, étant donné sa longueur minime, on ne voit guère comment il pourrait être le siège de battements à moins d'être atteint d'anévrysme.

Les battements du foie se manifestent au cours de l'insuffisance tricuspide.

Quant aux battements du cœur ils consistent en ondulations épigastriques dues à l'abaissement du ventricule droit consécutif à l'emphysème, à l'hypertrophie cardiaque ou à la péricardite ; ils ne peuvent guère être confondus avec les battements vrais, le pouls aortique qui seul nous occupe ici.

C'est dans la région sus-ombilicale qu'on les découvre le plus habituellement, plutôt que dans la région épigastrique vraie.

On peut cependant les sentir depuis le creux épigastrique jusqu'au niveau de l'ombilic, même au-dessous. En déprimant la paroi, on les sent nettement sur le trajet de l'aorte, un peu à gauche de la ligne médiane.

Le sommet de la convexité lombaire correspond, comme nous l'avons vu, au disque qui unit la troisième à la quatrième vertèbre lombaire et l'aorte se termine au niveau de la quatrième. C'est au point correspondant sur la paroi à l'union de la troisième à la quatrième lombaire qu'on devra trouver le maximum d'intensité des battements, or ce point répond approximativement à la région sus-ombilicale : mais il est susceptible de variations étant donné les modifications des rapports anatomiques qui peuvent se produire au cours des déviations scoliotiques. Dans tous les cas le point maximum d'intensité des battements est toujours en rapport avec le sommet de la courbe dorso-lombaire.

Ces battements sont parfois visibles à l'inspection et c'est tantôt une ondulation de l'épigastre, tantôt au contraire une ligne pulsatile répondant au trajet de l'aorte. On les sent toujours à gauche de la ligne médiane sur le trajet du vaisseau dans une région limitée en haut par une horizontale passant par l'extrémité de la neuvième côte ; en bas par une autre ligne passant au-dessous de l'ombilic. »

Ils donnent la sensation d'une pulsation violente, saccadée, brusque, dessinant assez bien la forme longitudinale du vaisseau : et on a parfois l'impression d'une ondulation ascendante montant en sens inverse du courant sanguin. On les sent mieux lorsque le malade est couché que lorsqu'il est debout : et chez quelques malades, comme l'a signalé Glénard, on ne les perçoit qu'au moment de l'expiration, l'inspiration éloignant l'aorte de la paroi.

Dans certains cas de paroi extrêmement dépressible on peut arriver à sentir l'aorte sous les doigts sous forme d'un gros cordon mobile animé de battements. Nous rapportons un cas de ce genre dans l'observation XXI.

Les battements paraissent toujours superficiels et on croit les percevoir directement sous la main.

D'après Luton, ils ne seraient pas toujours synchrones au pouls et ils affecteraient une certaine mobilité apparaissant ou disparaissant d'un jour à l'autre.

Pour nous, ils nous ont paru sensiblement synchrones au pouls. Quant à leur mobilité, il paraît certain qu'ils se modifient et augmentent d'intensité sous l'influence de certaines causes comme les émotions, l'effroi, la nervosité. Mais comme leur apparition dépend surtout de la lordose et de l'état d'atrophie de la paroi, nous ne croyons pas qu'ils puissent disparaître complètement.

Chez la plupart des malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, sauf deux ou trois très ner-

veux, ils n'étaient point perçus subjectivement par la malade. Ils le devenaient seulement au moment de la palpation et la malade sentait le choc du vaisseau contre les doigts qui étaient à son contact.

Il y a donc lieu de distinguer deux groupes de cas :

1° Ceux où ils sont purement objectifs, et ce sont les plus fréquents ;

2° Ceux où ils sont subjectivement perçus, ce sont les mêmes malades avec du nervosisme en plus.

Les premiers sont déjà névropathes. les seconds le sont encore à un plus haut degré.

Ces malades sont émotifs, agités, irritables, ils ont de l'anesthésie pharyngée ils accusent des sensations d'hyperesthésie à la palpation, ils ont des crises de nerfs, quelquefois même des crises hystériformes.

Quand les battements ne sont point perçus subjectivement et qu'on ne les découvre point à l'inspection, il faut les rechercher par la palpation. Souvent il suffit d'appuyer légèrement la main sur la région épigastrique comme dans le cas d'Eratolos, pour les percevoir immédiatement. Dans beaucoup de cas, il faut les rechercher plus attentivement.

Le malade étant dans le décubitus dorsal la paroi abdominale relâchée au maximum, il suffit de déprimer légèrement la paroi un peu à gauche de la ligne médiane dans une région qui s'étend depuis une horizontale menée par l'extrémité de la neuvième côte jusqu'au-dessous de l'ombilic.

C'est, comme nous l'avons dit, dans la région sus-ombilicale et un peu à gauche qu'on les perçoit au

maximum. Par conséquent quand on ne les trouve pas ailleurs, en déprimant même légèrement cette région on les perçoit sûrement s'ils existent.

Le malade ressent en même temps une sensation de choc contre les doigts qui explorent le vaisseau.

Voilà comment se présentent ces pulsations de l'aorte abdominale au niveau de la région épigastrique :

Les malades chez lesquels on les rencontre sont presque toujours des femmes ; on en rencontre également chez l'homme mais beaucoup plus rarement et, pour notre part, nous n'avons eu l'occasion d'en voir que chez des femmes.

En tous cas, que ce soit chez l'homme ou chez la femme, ils reconnaissent les mêmes causes et l'affection dans laquelle on les rencontre ne se manifeste différemment dans les deux sexes qu'à cause des dispositions anatomiques différentes, et de causes occasionnelles différentes.

Chez l'homme, c'est l'orchidoptose, le varicocèle, la hernie, le pied plat. Chez la femme, c'est le prolapsus utérin, la dilatation de l'estomac, l'éventration.

Chez les deux, les varices, le rein mobile et l'entéroptose.

On a fait de ces malades des neurasthéniques, des dyspeptiques, des entéroptosiques, suivant la prédominance des symptômes qu'ils accusent.

F. Glénard, de Vichy, qui s'est livré à une étude minutieuse, approfondie de ces malades, a cru trouver

dans l'entéroptose la clé de tous les troubles qu'ils présentent.

De l'entéroptose dépendent les troubles névropatiques et gastriques dont souffrent ces malades : l'insuffisance de la paroi elle-même est consécutive à l'entéroptose ; le rein mobile n'est qu'un épisode contingent, qu'un accident, une complication de l'entéroptose : il y a entéroptose primitive des premières anses.

Pour nous, nous pensons avec notre maître, le Dr Tuffier, que l'entéroptose n'est qu'un facteur, un des éléments de la maladie, et non une entité morbide. Le rein mobile, comme l'entéroptose, l'hépatoptose, le prolapsus utérin, la lordose, ne sont que des manifestations d'une maladie plus générale, ayant porté atteinte à tous les tissus de l'économie.

Avec cette conception, on s'explique mieux, d'ailleurs, comment on peut rencontrer tous les degrés, depuis le simple dyspeptique qui éprouve seulement quelques pesanteur et gonflements après le repas, quelques troubles nerveux, sans entéroptose pour cela, jusqu'au dyspeptique avéré qui souffre cruellement de crampes, de brûlures, de vomissements, de troubles névropatiques sérieux et chez lequel on trouve un intestin ptosé, un estomac dilaté, un rein mobile, un utérus descendu et une paroi abdominale insuffisante.

Chez ces malades, on peut décrire deux ordres de symptômes :

Des symptômes *subjectifs* et des symptômes *objectifs*.

Parmi les premiers : nous signalerons, des *phénomènes nerveux* et généraux.

Des phénomènes gastriques ou choméliens: flatulence, symptômes vaporeux, difficulté et lenteur des digestions, douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, crampes, serremments.

Des phénomènes intestinaux ; constipation opiniâtre avec mucosités et membranes dans les selles, de la douleur et de la contracture tout le long du côlon descendant.

Parmi les seconds : nous signalerons d'abord l'aspect particulier de ces malades à peau jaune, ridée, sèche, à traits tirés paraissant beaucoup plus que leur âge sans cependant que rien dans leurs antécédents explique cet état. Leur pouls est petit, irrégulier, lent ; leur abdomen est flasque, étranglé au niveau de l'ombilic ; la peau en est sèche et ridée, les muscles ont perdu leur élasticité. Leur estomac est dilaté ou semble l'être, on y constate le phénomène du clapotement au niveau et quelquefois au-dessous de l'ombilic, cinq heures et six heures après les repas.

A l'examen radioscopique on constate que cet estomac descend à 6 centimètres au moins et quelquefois 12 centimètres au-dessous de l'ombilic. « Dans tous les cas sans exception de dyspepsie asthénique que nous avons examinés chez la femme, le bord inférieur de l'estomac descendait très bas à 6 centimètres au moins, quelquefois 12 au-dessous de l'ombilic (1).

1. ENRIQUEZ. *Presse médicale*, 1908.

A la pression on trouve de la douleur dans le flanc droit : à la palpation on a la sensation de cordons sigmoïde dans la fosse iliaque gauche, de boudin caecal à droite, le rein est abaissé, l'utérus rétrofléchi et prolabé. Ajoutons à cela la présence constante de battements de l'aorte, de lordose, la coïncidence fréquente de varices et de pied plat et nous aurons à peu près signalé tous les symptômes que l'on rencontre chez ces malades.

Voilà des signes que l'on peut retrouver au complet chez le même malade. Mais il faut s'attendre aussi à les rencontrer isolément, et la prédominance de certains symptômes a permis de reconnaître à la maladie diverses formes cliniques.

Une forme asthénique dans laquelle prédominent les symptômes de lassitude, de faiblesse générale, d'anéantissement. Cependant la malade souffre presque toujours en même temps de quelques troubles gastriques et nerveux, ses digestions sont pénibles et longues, ses selles irrégulières, son sommeil interrompu.

Une forme dyspeptique dans laquelle au contraire les phénomènes digestifs dominent la scène. Ces malades se plaignent de douleurs stomacales, de crampes, de brûlures ; ils ont parfois des vomissements et même des signes de sténose pylorique. Les autres appareils ne sont souvent point indemnes, et il y a souvent en même temps des varices, des ptoses du rein et de l'intestin, un prolapsus utérin, presque toujours le système nerveux est également touché.

Une forme neurasthénique dans laquelle les malades se présentent avec tous les symptômes de la maladie de Béard, seul l'examen physique révélant la présence d'autres signes tels que ptiose du rein, lordose éventration, battement épigastrique permettra de rattacher cette neurasthénie à sa véritable cause.

Une forme névropatique dans laquelle les malades souffrent surtout d'agitations, d'insomnie, de céphalalgie: ce sont des excitables, des insupportables, coléreux, émotifs, de véritables détraqués. Cette névropathie ne peut être également rapportée à sa véritable cause que grâce à la coïncidence des autres signes déjà signalés.

Enfin une forme *entassique* qui, d'après Coutant, surviendrait à la suite d'un effort et qui revêt d'ailleurs au cours de son évolution l'allure d'une des formes déjà décrites, elle s'accompagne constamment de douleurs localisées dans la région du traumatisme et des ptoses viscérales.

La diversité même de formes que revêt la maladie montre la difficulté qu'il y a souvent à les rapporter à leur véritable cause. Et la présence d'un signe facilement constatable permettant sinon d'éluder la difficulté, du moins de ne pas la laisser passer inaperçue, nous paraît de toute importance à signaler. Or la constatation des battements épigastriques évoluant à titre de conséquence d'une déchéance générale permettra de rapporter à leur véritable cause les affections au cours desquelles on les rencontrera et de ramener

au rang de symptôme ce dont on aurait pu faire une entité morbide.

S'agit-il d'un dyspeptique, la présence de battements fera penser à la dyspepsie nerveuse, dyspepsie symptomatique dont nous avons signalé la fréquence chez nos malades.

Ce même malade présente-t-il des phénomènes de sténose pylorique : avant de poser le diagnostic de lésion organique on pensera à cet état de contracture de sténose par spasme du pylore pour ainsi dire dont nous avons l'occasion de voir plusieurs cas que nous rapportons dans les observations XXI et XXII.

D'autant que ces pseudo-rétrécissements du pylore s'accompagnent d'un état de contracture tel de cet organe qu'on a, à la palpation, la sensation d'une masse dure, mobile, qui souvent en impose pour un néoplasme. Ces pseudo-rétrécissements et pseudo-tumeurs s'accompagnent de signes fonctionnels rappelant ceux des lésions organiques.

Les observations XXI et XXII en sont un bel exemple et nous faisons même remarquer que dans le cas de l'observation XXII l'analyse chimique montrait une hypoepsie et une hypochlorhydrie qui était en faveur du néoplasme. Cependant l'intervention a montré que le pylore était indemne et le phénomène de sténose dû à l'élément contracteur.

Méfiez-vous de ces pseudo-tumeurs chez les femmes nerveuses présentant des battements de l'aorte et gardez-vous de poser le diagnostic de néoplasme sans un examen approfondi.

S'agit-il d'une forme névropathique ou neurasthénique, si l'on constate la présence des battements on ne portera pas le diagnostic de névropathie pure ou de maladie de Beard et, on rattachera ces différents symptômes à la maladie dont ils dépendent. De même dans le cas d'asthénie on pensera à nos malades avant de penser à une affection chronique cachectisante et débilitante.

La constatation de battements dans les ptoses ne sera pas moins intéressante.

A-t-on affaire à un rein mobile par exemple, il faut savoir si c'est un rein mobile simple ou un rein mobile compliqué. La présence de battement plaidera en faveur du dernier.

Or les conséquences de ce diagnostic sont de toute importance :

Car comme le dit Tuffier :

« L'un est une simple luxation à réduire, c'est une difformité à corriger, c'est le triomphe de l'intervention par la néphorrhaphie. »

L'autre variété est tout autre, c'est un accident au milieu de troubles d'ordre général, il s'accompagne de l'insuffisance de la sangle abdominale de dégénérescence générale des tissus : l'intervention est inutile et suivie constamment de récidives.

« Or quand le rein est le premier à ouvrir la marche descendante, nous pouvons croire à une ectopie rénale simple, conseiller une intervention et poser un pronostic favorable. »

Ainsi la constatation de battements de l'aorte ne sera pas inutile si elle peut nous aider à distinguer ces deux variétés.

Il en sera de même des différents autres symptômes que nous avons signalés comme manifestations de cette déchéance générale : entérocolite muco-membraneuse, scoliose, varices, hernie, qu'en présence de pulsations de l'aorte on devra essayer de rattacher à leur véritable cause.

Envisagés à ce point de vue général les battements de l'aorte acquièrent une importance qu'ils n'ont pas si on en fait uniquement un signe d'entéroptose. Or on les rencontre, comme on l'a objecté à Glénard, sans entéroptose. On en trouve constamment chez des sujets jeunes amaigris, nerveux, présentant des troubles dyspeptiques, mais qui n'ont point d'entéroptose pour cela. En effet nous avons rencontré des malades souffrant seulement de quelques troubles nerveux, de digestions pénibles, ils n'étaient point phtosiques. Ils le deviendront sans doute ; en tous cas ils présentent déjà quelques signes manifestes de déchéance, de la lordose, un peu d'atonie de la paroi et des battements.

A ce point de vue les battements seraient donc un signe précoce de déchéance, un signe avant-coureur de troubles organiques plus graves. Nous rapportons à la fin de cette étude plusieurs observations ayant trait à ces malades.

Nous ne rattachons donc point seulement comme Glénard les battements à l'entéroptose et nous étén-

dons leur signification et leur importance à tous ces malades que la large conception de Tuffier a permis de réunir en un seul groupe dont les entéroptosiques ne sont qu'une expression localisée.

Considérés de cette façon, les battements revêtent, comme nous venons de le montrer, une réelle importance pratique, tandis que dans l'entéroptose vraie, comme le dit Mathieu, « point n'est besoin de chercher la corde colique, de sentir les battements épigastriques ou de procéder à l'épreuve de la sangle, son signe unique c'est l'état tombant de l'abdomen, c'est le relâchement de la sangle abdominale, qui permet au ventre de tomber en bas et en avant dans la station debout et de s'aplatir à la façon du ventre des batraciens, dans le décubitus dorsal ou encore de prendre la forme si caractéristique du ventre à triple saillie qu'a décrit Malgaigne. »

En dehors de ces malades chez lesquels les battements évoluent ainsi que nous venons de le voir comme une conséquence, presque comme une manifestation de la maladie, il existe un certain nombre d'affections dans lesquelles on constate aussi la présence de battements au niveau de la région épigastrique. Il importe donc de les bien connaître pour ne point les confondre avec la précédente.

Nous avons déjà signalé ces ondulations épigastriques dues, soit à l'hypertrophie du cœur, soit à des adhérences péricardiques. Elles ont un siège plus élevé que les battements vrais de l'aorte, la palpation

permet aisément de constater qu'ils viennent du cœur : La percussion renseigne sur son hypertrophie. La rétraction systolique de la paroi, l'immobilité de la pointe font constater la symphyse.

Les battements hépatiques qui, se rencontrent dans l'asystolie, s'accompagnent d'un état particulier du sujet : essoufflement, cyanose, œdème, souffle au niveau du cœur, irrégularité du rythme, pouls veineux systolique.

Lebert a signalé la présence de battements hépatiques dans la maladie de Basedow : leur siège, la constatation des autres signes de goitre exophtalmique : tremblement, tachycardie, éréthisme vasculaire généralisé, les feront rapporter facilement à leur cause.

Rosenbach parle aussi de battements hépatiques au cours de l'insuffisance aortique. Enfin dans cette même affection on a constaté des battements au niveau de l'aorte abdominale. Ils seraient dus à ce que la pulsation de l'aorte est augmentée comme dans tout le système artériel (pouls de Korrigan). La généralité du phénomène, la présence d'un souffle à la base du cœur, permettront le diagnostic.

Dans l'aortite abdominale, le professeur Teissier de Lyon a constaté la présence de battements dans la région épigastrique.

« Depuis un mois et demi, dit-il, la malade accuse des douleurs violentes à l'épigastre accompagnées de battements spontanément perçus devenant quelquefois insupportables. Ces battements sont très appa-

rents et commandent immédiatement l'examen de la région abdominale. La palpation à l'ombilic est excessivement douloureuse et c'est à peine si nous parvenons à explorer l'aorte et les vaisseaux abdominaux. L'aorte saisie entre deux doigts est augmentée de volume, elle est le siège de battements expansifs facilement enregistrés. L'auscultation y révèle un double souffle très net. »

Ce simple exposé suffit sans qu'il soit nécessaire d'insister, pour différencier ces battements de l'aortite, des battements simples de l'aorte sans lésion du vaisseau.

Mais ce qui le plus souvent pourrait donner lieu à diagnostic erroné, et faire croire à un anévrisme alors qu'il n'y en a pas, ou au contraire méconnaître un anévrisme existant, c'est précisément la ressemblance qui existe souvent entre les battements simples et ceux de l'anévrisme.

Laënnec avoue avoir commis avec Bayle une erreur de cette nature. Et Morgagni frappé de cette ressemblance les a considérés comme une phase de l'anévrisme et avec Lancisi il emploie à leur sujet le nom d'anévrisme bâtard. Les pulsations ont en effet la même intensité et la même brusquerie dans les deux cas. On peut également entendre un souffle dans les deux cas.

Seulement dans l'anévrisme, il y a une tumeur. On peut souvent la délimiter à la palpation; cette tumeur est douée de mouvements d'expansion; si l'on place deux doigts à son contact, ces doigts sont écartés

l'un de l'autre en même temps qu'ils sont soulevés. On peut percevoir à la palpation une sensation de Thrill. Le pouls fémoral est retardé : à l'auscultation on peut percevoir deux claquements assez semblables aux bruits du cœur, claquements qui peuvent être remplacés par deux souffles. Or à l'auscultation de l'aorte normale on ne perçoit qu'un souffle systolique. Enfin l'anévrisme s'accompagne souvent de névralgies lombo-abdominales, phénomènes qui n'existent pas dans les battements simples de l'aorte.

Nous nous rappelons à ce propos un cas d'anévrisme abdominal présenté par M. Bergé, alors que nous étions son externe à l'hôpital Laënnec.

Il s'agissait d'un malade chauffeur d'automobile qui présentait dans la région épigastrique une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus. Cette tumeur pulsatile présentait le phénomène de l'expansion ; les doigts qui la palpaient étaient écartés l'un de l'autre : on percevait à la palpation un frémissement cataire et à l'auscultation un souffle rude systolique. A la palpation il était facile de contourner et de délimiter cette tumeur : ce malade succomba à la rupture de son anévrisme quelques jours avant celui où M. Bergé devait le présenter à la société des hôpitaux.

Dans les néoplasmes de la face antérieure de l'estomac ou du petit épiploon, on constate aussi très fréquemment la présence de battements de l'aorte : et voici comment on peut expliquer ces battements. Il existe dans ces cas entre la paroi et l'aorte, une masse dure,

solide, qui transmet mécaniquement les battements à la paroi. Il est facile à la palpation de délimiter ces tumeurs superficielles, et d'autre part l'état général du sujet, les troubles gastriques graves, ne permettent guère la confusion. Cependant nous avons déjà signalé ces pseudo-tumeurs du pylore, dues à l'élément spasme et contracture qui pourraient parfois en imposer pour une véritable tumeur : nous avons même fait remarquer qu'il pouvait exister dans ces cas de l'anachlorhydrie et de l'hypopepsie (observation XXII).

A la période ultime des cachexies, chez les vieilles femmes ayant eu un grand nombre d'enfants on trouve encore des battements de l'aorte. Il s'agit là de malades frappés d'une déchéance complète, l'amaigrissement est considérable, les muscles sont atrophiés, le collapsus de la paroi abdominale est tel qu'elle vient se plaquer tout contre la colonne vertébrale, ne semblant plus consister qu'en une peau amincie, molle, malléable en tous sens, permettant d'explorer les viscères tout comme s'il n'y avait rien au-devant. On peut ainsi aller à son aise sentir la colonne vertébrale même sur ses faces latérales ; quant à l'aorte on peut la saisir entre les doigts. Nous avons vu récemment à la maison Dubois une malade de ce genre. Elle était dans un état d'affaiblissement tel qu'il n'était pas possible de l'examiner ; mais ce qui était frappant c'était sa paroi abdominale qu'on jugeait susceptible de retomber jusqu'au-devant des cuisses dans la position debout et qui dans la position hori

zontale, au lieu de s'étaler sur les régions latérales, s'affaissait toute vers le centre du ventre et vers le bassin, s'appliquant tout contre la colonne lombaire. On la voyait régulièrement soulevée par les battements du vaisseau qu'il était facile de sentir directement entre les doigts.

Conclusion du chapitre III.

Les battements épigastriques ont pour siège l'aorte abdominale ; on les perçoit dans toute la région épigastrique, mais ils ont leur maximum d'intensité dans la région sus-ombilicale. Ils sont quelquefois visibles à l'inspection, quelquefois aussi perçus subjectivement mais seulement chez les grands nerveux. Ils donnent la sensation de pulsations brusques, violentes, généralement synchrones aux pouls. Les malades chez lesquels on les rencontre sont surtout des femmes. Ils se présentent comme une conséquence de l'insuffisance de la paroi et de la lordose, et par suite peuvent être considérés comme manifestation d'une déchéance organique. Ils ne sont donc pas seulement un signe d'entéroptose et on peut les rencontrer là où il n'y a pas encore de ptoses. Considérés à ce point de vue général, leur constatation permettra de rapporter à leur véritable cause, un état névropathique ou dyspeptique, une ptose du rein ou du foie, en un mot toutes ces manifestations localisées de cette déchéance générale de l'organisme, que l'on pourrait être porté à considérer comme des affections locales.

Si l'on rencontre encore en dehors des malades dont nous venons de parler, des battements dans la région épigastrique, ils ont une signification toute différente. En effet ou bien ils n'ont pas l'aorte pour siège et doivent être rapportés au foie ou au cœur, ou bien, ils siègent dans ce vaisseau et sont dus soit à la présence d'un anévrisme, soit à une tumeur de l'estomac, du pancréas ou de l'épiploon ; tumeur qui placée entre l'aorte et la paroi, en transmet mécaniquement les battements.

CHAPITRE IV

**De l'indication que l'on peut tirer des battements
au point de vue thérapeutique.**

La présence de battements permettant de rapporter à sa véritable cause une ptose du rein, du foie, une déviation de l'utérus, contre-indique d'une façon générale toute intervention purement locale, comme une opération chirurgicale ayant pour but de remédier à la ptose par une fixation.

En effet ces pexies sont constamment suivies de récidives, et il n'est pas rare de voir un malade opéré pour un rein mobile du côté droit revenir quelque temps après avec un rein mobile de l'autre côté ou encore avec un utérus prolabé. Ces opérations, quand elles ne sont pas une source d'ennuis pour le chirurgien, ne sont donc qu'un traumatisme de plus pour le malade, un choc de plus à un organisme, à un système nerveux déjà profondément déprimé.

Dans son intéressant article sur la chirurgie du rein, le D^r Tuffier exprime ainsi son opinion sur l'intervention opératoire dans la ptose du rein :

« Je tiens surtout à insister sur les indications de la nephroptose, je n'ai opéré qu'un nombre très restreint de malades en comparaison du chiffre élevé de ceux que j'ai été appelé à examiner. La fixation opératoire est de mise toutes les fois que la mobilité est nettement la cause des accidents douloureux et qu'un appareil prothétique ne lui apporte pas remède. Mais j'insiste sur la nécessité de distinguer ces cas (*de luxation rénale, véritable traumatisme constituant la maladie*) de ceux dans lesquels la nephroptose n'est qu'un incident qu'un des facteurs auxquels se joint l'entéroptose. »

Qu'il s'agisse du rein, du foie, de l'intestin, de l'utérus, la formule est la même, l'intervention n'est de mise que quand ces déplacements sont nettement la cause d'accidents.

Un volvulus de l'estomac, de l'intestin, une coupure de l'uretère, un état de contracture du pylore trop accentué, commanderont l'intervention pour parer aux accidents d'obstruction auxquels ils donnent lieu.

En dehors de ces cas exceptionnels ces malades ressortissent donc du traitement médical. Mais ce n'est souvent qu'en dernier lieu qu'ils y auront recours, après avoir passé entre les mains de spécialistes qui leur auront fait subir des pexies de toute sorte, d'autant mieux acceptées que ces malades sont des friands d'opérations et qu'ils en réclament eux-mêmes.

Fréquemment aussi découragés après avoir tout espéré, et persuadés qu'on ne peut rien pour eux,

ils ne voudront plus rien entendre de la médecine et des médecins.

Trastour raconte à ce propos l'histoire curieuse d'un secrétaire de mairie qui, ainsi découragé de l'inutilité des remèdes apportés, à sa maladie passa sa vie à souffrir et à écrire sans jamais sortir de chez lui, ce ne fut qu'au bout de trente ans que le médecin de Nantes voulut le traiter ; mais il n'y consentit pas, il s'était habitué à son mal et avait trop peur en essayant de souffrir davantage.

Nous-même tout récemment nous rencontrions une malade qui, nous montrant tout un volume d'ordonnances, nous affirmait qu'absolument découragée elle était résignée à souffrir passant la moitié de son temps au lit.

Ainsi ces malades passent par deux phases bien différentes ; une première pendant laquelle ils vont de médecin en médecin, de chirurgien en chirurgien, supportant tous les traitements et toutes les interventions qu'on veut leur faire subir, la plupart du temps les réclamant eux-mêmes.

Une seconde dans laquelle découragés et défiants, ils ne veulent plus rien entendre, résignés à supporter patiemment leurs souffrances.

Et dans ce cas le rôle du médecin sera d'autant plus difficile qu'il aurait besoin de toute son autorité morale vis-à-vis d'un malade qui a déjà épuisé toutes les ressources de la thérapeutique usuelle.

Quoi qu'il en soit, s'il y a un moyen de les améliorer, c'est à la médecine qu'il faut le demander. On

traitera un ensemble de symptômes sans s'occuper des battements qui n'appellent pas une thérapeutique spéciale. Contre les phénomènes nerveux et névropathiques on aura recours aux douches, à l'exercice, au grand air et à toute la thérapeutique usitée en pareil cas. Contre les troubles dyspeptiques au régime. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que, comme le dit Glénard, on rendra plus de service à son malade en le voyant tous les jours pendant trois ou quatre semaines que tous les mois pendant deux ou trois ans.

Nous n'insisterons pas sur cette question de thérapeutique qui a été traitée avec détails par tous les auteurs.

Pour ce qui est des insuffisances musculaires on les traitera par le massage, les exercices musculaires, la gymnastique. A l'insuffisance de la paroi et aux ptoses on opposera ceintures et bandages. Une ceinture réalisera les conditions idéales quand elle relèvera les organes de bas en haut, les ramenant à leur place normale, au lieu de les écraser contre la colonne vertébrale comme le font beaucoup de bandages mal faits ou mal appliqués.

Mais il nous paraît intéressant de remarquer que ces malades peuvent être divisés en deux catégories :

1° Ceux chez lesquels la paroi est encore assez résistante, la ptose peu prononcée, mais la lordose très accentuée ;

2° Ceux chez lesquels prédominent l'insuffisance de la paroi et la ptose.

Ces derniers seuls seront améliorés par la ceinture. Quant aux autres chez lesquels c'est le plus souvent l'élément névropathique qui prédomine, la ceinture n'a que peu ou pas d'action, et cela se conçoit puisqu'elle ne vient pas ici comme dans le premier cas suppléer, remplacer pour ainsi dire, une paroi absente.

Il sera donc bon chez ceux-là de ne pas trop compter sur son action et de s'adresser aux autres éléments du traitement.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

C'est l'exagération de l'ensellure lombaire normale et l'insuffisance de la paroi abdominale antérieure qui, modifiant les rapports de l'aorte avec cette paroi, permettent d'en percevoir les pulsations.

Chez un sujet à paroi normale et à colonne vertébrale non déviée, il est impossible de les sentir sauf dans les cas de lésion du vaisseau lui-même comme dans l'anévrisme, l'aortite, ou de tumeurs interposées transmettant les battements. Mais ce sont là des cas à part dont nous n'avons eu à parler que pour les différencier des précédents. Les deux phénomènes eux-mêmes dont nous faisons dépendre les battements, dérivent d'une cause d'ordre général, d'une insuffisance physiologique des tissus et ils peuvent, ainsi que les battements qui en sont la conséquence, en être considérés comme des manifestations. D'autres facteurs ont été invoqués pour expliquer les battements; la ptose du côlon, la névropathie. La ptose du côlon et la névropathie peuvent certaine-

ment jouer un rôle dans la production des battements, mais nous croyons que ce rôle est secondaire et nous pensons que le premier appartient à la déviation vertébrale et à l'insuffisance de la paroi que nous avons signalée.

Ces battements épigastriques ont pour siège l'aorte abdominale, on les perçoit dans toute la région épigastrique mais leur maximum d'intensité est généralement dans la région sus-ombilicale. Ils sont quelquefois visibles à l'inspection, quelquefois aussi perçus subjectivement par le malade, mais seulement chez les grands nerveux ; on les découvre le plus ordinairement à la palpation sous forme de pulsations brusques, violentes, énergiques, généralement synchrones au pouls.

C'est surtout chez des femmes qu'on les rencontre : ce sont des malades atteintes d'une déchéance générale de l'organisme, présentant des troubles dyspeptiques névropathiques et des phtoses viscérales diverses.

Ils se rencontrent donc dans l'entéroptose ; mais on les trouve aussi chez des malades qui ne présentent pas de manifestations cliniques d'entéroptose. Toutefois, ce sont des malades qui présentent déjà des signes de déchéance organique puisqu'ils sont lordotiques et ont une paroi abdominale insuffisante, et ils deviendront, sans doute, plus tard, des phtosiques. Envisagés en ce sens, les battements deviennent comme la lordose et comme l'entéroptose une manifestation de cette déchéance des tissus.

Pris comme signe clinique, ils permettront de rapporter à leur véritable cause, une dyspepsie, une neurasthénie, qu'on pourrait croire essentielle : un rein mobile, un utérus descendu que l'on pourrait considérer comme d'origine simple ou traumatique alors qu'ils sont une complication, une manifestation d'une affection générale.

Ils permettront également de rapporter à leur cause réelle, à la névropathie, à la contraction spasmodique, des affections revêtant l'allure d'une lésion pylorique quelquefois d'une tumeur de cet organe, le pylore contracturé donnant à la palpation la sensation d'une masse indurée.

Leur importance thérapeutique dérive de ce fait que permettant de trouver la cause du mal ils empêcheront l'application d'une thérapeutique intempestive et inutile.

Il est encore un certain nombre d'affections dans lesquelles on rencontre des battements dans la région épigastrique : elles ne nous intéressent ici que parce qu'il importe de les connaître pour ne point les confondre avec la précédente, ils ont une signification toute différente.

En effet la plupart de ces cas, sauf ceux qui tiennent du foie ou du cœur, peuvent être rapportés à des lésions organiques du vaisseau lui-même ou à des tumeurs des organes voisins.

Ainsi l'anévrisme de l'aorte abdominale, l'aortite donneront lieu à des battements. De même des tumeurs du pancréas, de l'estomac, de l'épiploon peu-

vent donner lieu à des battements en transmettant mécaniquement par l'intermédiaire de leur masse les pulsations du vaisseau.

Quand les battements peuvent être rapportés au cœur ou au foie, ils ont, on le conçoit, une signification toute spéciale : asystolie, hypertrophie cardiaque, symphyse cardiaque.

En somme dans tous ces cas, ils sont des manifestations de la lésion de laquelle ils ressortissent et n'ont point d'autre signification.

Au point de vue thérapeutique il n'y a à envisager les battements épigastriques de l'aorte qu'en temps que manifestations d'une affection générale. Et de ce chef leur présence contre-indique un traitement purement local et mécanique : tel une néphropexie, une hystéropexie ou entéropexie qui seraient fatalement suivies de récides. C'est au traitement médical à la fois local et général qu'il faut s'adresser. L'intervention n'est indiquée que pour remédier aux troubles mécaniques causés par les déplacements viscéraux, volvulus de l'intestin, hydronéphrose.

OBSERVATIONS

Nous avons pu, indépendamment des autres malades très nombreux que nous avons vus, recueillir l'observation de près de quarante. Nous en publions ici quelques-unes, croyant inutile d'en reproduire un plus grand nombre, qui ne seraient que la répétition des précédentes.

Observation I

M^{me} A..., 43 ans, cuisinière.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas d'enfant, pas de maladie sérieuse à part l'affection actuelle.

Cette malade vient à la consultation de l'hôpital Beaujon se plaignant de douleurs vagues dans l'abdomen, de fatigue générale, de nervosisme, toutes sensations mal définies et non localisées par la malade. Depuis sept à huit ans, dit-elle, elle est dans cet état.

Cependant à l'interrogatoire nous apprenons que c'est à son abdomen, à ses membres inférieurs surtout que la malade

localise ses souffrances, qu'après ses repas elle éprouve dans l'estomac des sensations de plénitude, de pesanteur. Cependant elle a bon appétit, elle mangerait bien mais elle se prive pour éviter ces sensations pénibles qu'augmentent l'ingestion des aliments.

Elle souffre également de constipation opiniâtre avec membranes et mucosité dans les selles.

Son sommeil est agité, elle se réveille constamment dans la nuit vers 2 à 3 heures du matin et a fréquemment des migraines. Cependant le séjour au lit la soulage et elle sent instantanément réapparaître ses souffrances aussitôt qu'elle met le pied à terre.

A l'examen physique nous trouvons cette malade pâle, amaigrie, jaunâtre, à peau flasque et sans élasticité. L'abdomen est flasque également, la paroi est amincie manquant de résistance et d'élasticité ; elle semble d'une minceur extrême facile à déprimer.

Au niveau du creux épigastrique et un peu à gauche de la ligne médiane on perçoit des battements de l'aorte abdominale et ces battements sont vaguement perçus par la malade.

L'estomac est dilaté et le côlon ascendant et descendant contracturé sont perçus à droite et à gauche à la palpation profonde.

On trouve également de l'anesthésie pharyngée. Un rein droit ectasié et un utérus rétrofléchiq ue présentant une mobilité excessive. Les membres inférieurs sont variqueux.

L'ensellure lombaire est fortement exagérée et nous avons mesuré chez cette malade une distance de 4 centimètres séparant le centre de courbure du plan vertical.

Observation II

M^{lle} C .., ménagère.

Un enfant. Pas de maladie antérieure sérieuse.

Depuis cinq à six ans elle souffre de l'estomac et de troubles nerveux.

Actuellement elle vient pour une douleur dans l'hypocondre droit, elle souffre également au niveau du creux épigastrique, mais d'une façon moins intense. Après les repas elle a des sensations de pesanteur, de plénitude, de tiraillement. L'appétit est bon, elle ne vomit jamais, mais elle a quelquefois des nausées, elle souffre d'une constipation opiniâtre et présente des mucosités et des membranes dans ses selles. Elle a des sensations de vertiges, des insomnies, qu'elle attribue à ses souffrances.

A l'examen on trouve une femme amaigrie ayant une paroi abdominale flasque, un écartement de la ligne blanche permettant l'introduction de la main entre les deux droits. Dans la station debout le ventre fait saillie en avant, les muscles ont perdu leur tonus. L'élasticité de la paroi est diminuée. Les membres présentent des varicosités, il y a de l'anesthésie pharyngée. A la palpation on trouve à droite le boudin cæcal, à gauche le cordon sigmoïde. Le rein n'est pas déplacé, l'utérus est en position normale.

Dans la région sus-ombilicale on trouve des battements de l'aorte : ils ne sont pas visibles à l'inspection et ne sont pas perçus par la malade, sauf au moment même où l'on palpe son aorte.

L'ensellure lombaire mesure 3 centimètres.

Observation III

M^{me} G..., 37 ans, domestique.

Pas d'enfants, pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Cette malade souffre de l'estomac depuis douze ans, dit-elle. Ce sont des sensations de gonflement, de brûlures, de pesanteur après les repas, jamais de vomissements, mais renvois acides avec sensations de brûlures le long de l'œsophage.

Depuis quelque temps les troubles gastriques auraient diminués dit la malade, mais auraient été remplacés par des douleurs étendues à tout l'abdomen.

En outre cette femme est agitée, nerveuse, elle dort mal, son sommeil est interrompu, elle se réveille avec des migraines et des sensations de fatigue et d'accablement. Elle se plaint également de constipation avec mucosités et membranes dans les selles. A l'examen on constate de l'anesthésie pharyngée, on trouve, une paroi abdominale flasque, amincie, dépourvue d'élasticité, une ensellure lombaire assez prononcée pour permettre de passer trois doigts de champ entre la table et le dos de la malade. L'utérus est gros, douloureux, mais mobile, le rein est à sa place, l'estomac semble abaissé ou dilaté; on perçoit le clapotement à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

A l'inspection on constate la présence de battements épigastriques se manifestant par un soulèvement léger, une sorte d'ondulation de l'épigastre.

On peut les suivre à la palpation dans toute la région épigastrique et jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Observation IV

M^{lle} L..., 24 ans.

Pas d'enfant, réglée régulièrement.

Depuis deux ans elle se plaint de ressentir des douleurs du côté droit et au niveau du creux épigastrique. Son appétit est diminué, elle a des nausées, elle souffre après ses repas, elle est habituellement constipée.

En outre très nerveuse, elle est agitée, irritable, elle dort mal. Elle dit avoir maigri de 7 kilogrammes depuis deux ans.

A l'examen on trouve un abdomen à paroi flasque et n'ayant pas l'élasticité normale. Douleur à la palpation dans la fosse iliaque droite sans empâtement ni défense de la paroi.

Au niveau du creux épigastrique on sent nettement les battements de l'aorte.

Il y a une ensellure lombaire assez prononcée pour permettre de passer la main entre le dos et le plan horizontal.

Le rein droit est légèrement abaissé, l'utérus mobile et en rétroversion.

Observation V

M^{me} C..., quatre enfants, pas de maladie sérieuse antérieure.

Cette malade qui depuis très longtemps, dit-elle, souffre du ventre vient actuellement parce que ses souffrances deviennent de plus en plus pénibles. Les douleurs assez vagues ne peuvent guère être localisées par la malade qu'au niveau du creux épigastrique et de l'hypocondre droit et sont sans

caractère déterminé, elle aurait cependant, dit-elle, des sensations de douleurs dans l'estomac et le long de l'œsophage.

Ses digestions sont pénibles et longues. La malade se plaint d'être très nerveuse, agitée surtout pendant la durée des troubles qu'elle ressent du côté de l'estomac.

Elle n'est pas constipée.

Elle a des palpitations, de l'éréthisme cardiaque.

Elle est aussi variqueuse.

A l'examen. — La paroi abdominale est flasque, il y a du diastasis de la ligne blanche. L'élasticité propre de la paroi, sans être complètement disparue, est loin d'être normale.

Le rein droit est abaissé. Le foie n'est pas descendu, quant à l'estomac il ne paraît pas manifestement dilaté.

On trouve au niveau du creux épigastrique des battements de l'aorte manifestement plus intenses dans la région sus-ombilicale.

L'ensellure lombaire est très appréciable, mesurant 3 centimètres.

Observation VI

M^{me} D..., femme de chambre, 25 ans.

Il y a quinze mois cette femme a eu un enfant, depuis cette époque elle se plaint de fatigue générale continuelle, de sensations de pesanteur, de douleurs vagues dans le côté gauche du ventre.

Cette malade est toujours fatiguée le matin quand elle se lève comme à tout autre moment de la journée, c'est là ce qui l'accable le plus, dit-elle. Elle est nerveuse, agitée, elle ne dort pas, elle a des cauchemars.

Elle a beaucoup maigri depuis quinze mois, quoiqu'elle ait conservé son appétit et qu'elle n'accuse aucun trouble du côté de l'estomac. A part ces divers symptômes, elle se plaint d'une constipation opiniâtre sans avoir toutefois remarqué ni mucosités, ni membranes dans ses selles.

Traitée par le massage sans succès elle vient à la consultation, se plaignant que ces troubles vont sans cesse s'accroissant.

A l'examen. — On constate que l'abdomen présente une paroi flasque, jaune, amincie, manquant d'élasticité.

La cage thoracique se termine en s'amincissant. On trouve un rein droit phosé. Un utérus extrêmement mobile que l'on peut promener en le déplaçant dans tout le petit bassin ; un vagin large, extrêmement dilatable.

Dans la région épigastrique on perçoit les battements de l'aorte. L'ensellure lombaire est suffisamment prononcée pour permettre presque le passage du poing à plat entre la table horizontale et le centre de courbure de la colonne lombaire.

Observation VII

M^{me} B..., 31 ans, femme de chambre.

Cette malade qui a eu seulement une enfant il y a quatre ans, se plaint d'avoir toujours eu des sensations de faiblesse générale et des troubles nerveux. La malade en effet très nerveuse rit sans motif, s'agite et saute dès qu'on la palpe. Elle a eu la fièvre typhoïde autrefois, pas d'autre maladie sérieuse. Elle vient actuellement pour douleurs dans le bas ventre et dans la région du rein droit, douleurs qu'elle ressent depuis longtemps, mais qui se sont manifestement accentuées

depuis quelque temps. Cette malade se plaint en outre d'être toujours fatiguée, elle éprouve des troubles nerveux divers tels que sensations de froid et de chaud sur la peau apparaissant et disparaissant sans motif, elle a le sommeil agité et des cauchemars.

Elle a des nausées, mais pas de troubles digestifs. L'appétit est bon et les digestions aussi, il y a seulement une constipation opiniâtre sans mucosités ni membranes dans les selles.

La malade a de l'éréthisme cardiaque, des palpitations. C'est aussi une variqueuse.

A l'examen. — On trouve une femme amaigrie à paroi abdominale flasque, la cage thoracique se termine en s'effilant, les dernières côtes séparées seulement de la crête iliaque par deux travers de doigts.

L'estomac ne semble pas dilaté. Le rein droit entièrement tombé de sa loge descend jusqu'à la hauteur de l'ombilic mais on peut le faire rentrer facilement à la pression qui est un peu douloureuse.

L'utérus rétrofléchi, très mobile, est tombé dans le cul-de-sac postérieur ayant entraîné à sa suite les ovaires et les trompes.

Au niveau du creux épigastrique on sent les battements de l'aorte qui ne sont pas perçus par la malade à la palpation. Ils sont perçus au maximum un peu au-dessus de l'ombilic.

La lordose n'est pas accentuée; toutefois on peut passer aisément deux doigts de champ entre le dos et le plan horizontal. Dans la station debout, l'abdomen ne saille pas en avant d'une façon manifeste : l'élasticité de la paroi est diminuée.

Observation VIII

M^{lle} G..., 29 ans.

Cette malade a eu un enfant : il y a cinq ans, et elle souffre depuis deux ans. Elle se plaint de digestions pénibles et de faiblesse générale. Ses règles sont régulières, un peu douloureuses, et elle souffre du ventre particulièrement au moment de ses règles.

A part cela la malade souffre d'une constipation opiniâtre avec mucosités et membranes dans les selles. Après les repas elle éprouve des sensations de plénitude de pesanteur. Elle est nerveuse, elle dort mal, elle éprouve une sensation de fatigue continuelle.

A l'examen : on trouve une paroi abdominale flasque, molle, rétractée; à la palpation profonde on détermine de la douleur au creux épigastrique, et dans la fosse iliaque on trouve à gauche le côlon descendant contracté.

L'utérus est en rétroversion et très mobile, l'ovaire droit entraîné dans le cul-de-sac correspondant est douloureux à la pression.

Dans la région épigastrique on constate la présence de battements et la malade présente une ensellure lombaire se manifestant par la présence d'un espace libre de 2 cm. 1/2 entre le plan horizontal de la table et le centre de courbure lombaire.

Observation IX

M^{me} M..., 25 ans.

Cette femme qui a eu cinq enfants dont le premier à 18 ans

vient actuellement pour une fausse couche et, malgré ces cinq accouchements, présente une paroi abdominale parfaite, muscles solides, forts, élasticité absolument normale, aucun écartement des droits, à peine quelques vergétures, si bien qu'à l'aspect de son ventre on pourrait difficilement dire qu'elle a eu des enfants.

Par ailleurs cette femme ne présente aucun trouble névropathique, aucun trouble digestif, aucun symptôme de pthose.

On ne trouve non plus chez elle ni battements épigastriques, ni lordose. Les cinq accouchements ont passé sans laisser aucun trouble.

Observation X

M^{me} C..., 30 ans.

Deux enfants. Elle vient pour des hémorroïdes dont elle souffre depuis douze ans. Nerveuse, irritable, coléreuse, agitée, elle a quelquefois de petites crises de nerfs avec tremblement, tumulation des mâchoires. Elle ne souffre pas de l'estomac et n'est pas constipée.

Sa paroi abdominale molle, flasque, couverte de vergétures, est manifestement insuffisante et présente au moment des efforts le phénomène de ventre trilobé de Malgaigne. Dans la station debout le ventre pointe en avant, son élasticité est absolument disparue.

Le rein droit est fort pthosé, l'utérus rétrofléchi et mobile. L'ensellure lombaire est ici peu prononcée.

Un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic on perçoit les battements de l'aorte, ils sont peu intenses et ne sont point visibles ni perçus par la malade.

Cette malade présente également de l'anesthésie pharyngée.

Observation XI

M^{me} H..., 49 ans, placière.

Cette malade qui a eu trois enfants se plaint de souffrir depuis douze ans, date de son dernier accouchement. Depuis cette époque elle est en traitement améliorée considérablement par le port d'une ceinture conseillée par le D^r Tuffier ; elle a recommencé à souffrir depuis qu'elle a cessé de la porter, c'est-à-dire depuis quatre ans ; elle a quitté sa ceinture parce que celle-ci la gênait, dit-elle, et elle ne veut plus en porter. La malade se plaint actuellement de douleurs dans l'abdomen, dans les jambes, dans la région génitale.

Elle manifeste une inquiétude mal définie : on la sent inquiète, nerveuse, loquace, agitée, elle avoue être très irritable, coléreuse, émotive. La fatigue accentue, dit-elle, ses souffrances ; elle se trouve alors mal un peu partout, elle éprouve une sensation de malaise vague, de lassitude générale, la nuit elle ne dort pas, elle a des cauchemars et reste très agitée. Le matin à son lever elle est exténuée et a des étourdissements.

La malade n'éprouve pas constamment ces symptômes, ce n'est que quand elle a beaucoup fatigué qu'elle les ressent.

Elle ne se plaint nullement de son estomac, elle a bon appétit et ses digestions sont bonnes ; mais elle est très constipée et ne va à la selle qu'au moyen de lavement et de laxatifs.

Au moment de ses périodes de nervosisme la malade ressent des battements dans la région cardiaque. Mais elle n'en ressent pas à l'épigastre.

Examen. — Anesthésie pharyngée.

Ventre mou, flasque, mince, fait une triple saillie en avant quand la malade tousse (ventre trilobé de Malgaigne).

Dans la position debout, le ventre pointe en avant, son élasticité est complètement perdue.

La palpation permet de constater un diasthasis manifeste de la ligne blanche. On sent un peu au-dessus de l'ombilic la corde colique transverse. A droite et à gauche on perçoit également le cæcum et le côlon descendant sous forme d'une masse arrondie roulant sous les doigts.

Le rein droit ptosé au 2° degré, est un peu douloureux à la palpation.

L'utérus mobile en position normale présente sur sa face antérieure un petit fibrome. Au niveau de la région épigastrique on perçoit des battements que l'on peut suivre jusqu'à l'ombilic et même un peu au-dessous. Ils sont peu intenses, ils ne sont ni visibles à l'inspection ni perçus par la malade sauf au moment où l'on palpe son aorte.

L'ensellure lombaire chez cette malade est peu accentuée et atteint à peine 2 centimètres.

Observation XII

M^{me} D..., 30 ans.

Un enfant. La malade est déjà venue dans le service de M. Tuffier le 18 octobre 1902. Elle présente alors les symptômes suivants :

Douleur dans l'hypocondre droit qu'elle ressent surtout depuis quatre mois, mais elle ressentait déjà auparavant quelques douleurs depuis plusieurs années. Ces douleurs surviennent avec intensité tous les huit jours environ, s'irradient dans la région lombaire et le long de l'uretère. Elles s'exaspèrent par la station debout prolongée et au moment des règles la malade doit garder le lit.

Examen. — Pas de troubles gastriques, constipation, hyperesthésie cutanée, anesthésie pharyngée.

Rien du côté des organes génitaux. La paroi abdominale est molle, dans le flanc droit on trouve une tumeur lisse glissant sous la pression et réductible.

Diagnostic. — Rein mobile.

Opération. — Nephropexie.

La malade revient actuellement (novembre 1907) pour troubles nerveux et douleurs vagues dans tout le ventre. Pendant les cinq ou six premiers mois qui ont suivi son opération, elle a été, dit-elle, très soulagée, mais elle a recommencé à souffrir ensuite et les troubles vont s'accroissant.

Ce sont des douleurs vagues dans tout le ventre, une sensation de gêne mal définie, des sensations de pesanteur, de gonflement après les repas. État de nervosité, de fatigue, de malaise continu, céphalalgies fréquentes. Insomnie. Tous ces maux sont plus accentués la nuit que dans la journée.

Avec cela palpitations, sensation de battements dans la région épigastrique, constipation.

Examen. — Anesthésie pharyngée : membres variqueux, paroi abdominale grasse mais flasque, insuffisante avec diastase de la ligne blanche appréciable ; à la palpation on sent

la corde colique transverse ; dans le flanc droit on sent le cæcum sous forme d'une masse arrondie ; dans le flanc gauche on sent également le côlon descendant sous forme d'un gros cordon arrondi.

Le rein droit fixé n'a pas bougé.

L'estomac semble dilaté, on perçoit du clapotement jusqu'au-dessous de l'ombilic et la percussion semble montrer qu'il dépasse l'ombilic.

Quand la malade est debout, son ventre pointe en avant mais la paroi a cependant conservé une certaine élasticité. Au niveau de la région épigastrique on sent nettement des battements de l'aorte. A ce niveau la malade présente de l'hyperesthésie (soubresauts quand on la touche, rire nerveux).

Au moment où l'on palpe, les battements sont nettement perçus par la malade ; en dehors de cela ils ne sont perçus que par période : ils ne sont point visibles à l'inspection,

Cette malade présente en outre une lordose très accentuée atteignant 5 centimètres.

Observation XIII

M^{me} X..., 30 ans, réglée à 14 ans. Quatre enfants et une fausse couche.

La malade entre pour douleurs dans le ventre mal définies et non localisées. Douleurs vagues sans caractère spécial, permanentes. En outre après ses repas la malade accuse des sensations de plénitude de gonflement stomacal, la digestion est lente et pénible.

Elle est constipée et a des mucosités et des membranes

dans ses selles. Ses nuits sont agitées, elle dort mal et se réveille constamment vers le milieu de la nuit.

Examen. — On trouve une paroi abdominale, flasque, molle amincie, couverte de vergétures; les membres inférieurs sont variqueux. La résistance de la paroi est diminuée. Le rein droit est phtosé à droite et à gauche, on perçoit le côlon sous forme d'une masse arrondie roulant sous les doigts, l'utérus est en rétroflexion mobile et réductible.

A la palpation les battements de l'aorte sont nettement perceptibles dans la région épigastrique, surtout à gauche de l'ombilic. Ils ne sont ni perçus subjectivement ni visibles à l'inspection.

La malade présente en outre une lordose légère.

Observation XIV

M^{me} E. D..., 39 ans. Domestique. Pas d'enfant.

Elle a toujours souffert de l'estomac et du ventre, dit-elle. On l'a opérée d'une hernie puis d'une éventration, d'une appendicite, d'une hystérectomie.

Elle souffre cependant toujours du ventre. Mais surtout de l'estomac : sensation de pesanteur, tiraillements, gonflements après le repas, vomissements assez fréquents.

Sommeil agité, cauchemar, sensation de fatigue continuelle, douleurs dans la région lombaire, « elle se sent comme blessée dans les reins », dit-elle. Avec cela une constipation opiniâtre, de l'éréthisme cardiaque des battements subjectivement perçus.

On lui trouve une paroi abdominale affaiblie, ayant perdu son élasticité normale atteinte surtout au niveau des muscles

larges, son ensellure lombaire est manifestement exagérée et atteint 4 cm. 1/2. Son rein droit est phosé et l'on sent au-dessus de l'ombilic la corde colique transversée et dans le flanc droit le boudin cæcal, elle a de l'anesthésie pharyngée.

A la palpation même légère on perçoit des battements au niveau de la région ombilicale et au-dessus. Ces battements sont visibles à l'inspection, ils sont également perçus par la malade mais non d'une façon constante.

Observation XV

M^{me} D..., 62 ans. Ménagère.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Sept enfants.

Vient pour douleurs de l'estomac et vomissement. Depuis cinq mois seulement la malade a commencé à souffrir. Douleurs gonflements survenant une heure, une heure et demie après les repas et suivis de vomissements survenant presque tous les jours ; après les vomissements la malade était soulagée. En dehors des repas la malade ne souffre pas.

Jamais de vomissements de sang ni rouge ni noir.

Examen. — Malade amaigrie, teint jaunâtre, présence d'une tumeur occupant la face antérieure de l'estomac, atteignant la petite courbure, tumeur mobile de bas en haut, immobile de haut en bas, légèrement mobile de droit à gauche ; à la palpation on sent l'aorte qui bat au niveau du creux épigastrique, ses battements sont transmis par la tumeur. On peut suivre également le battement jusqu'au-dessous de l'ombilic à cause

de la dépressibilité de la paroi de cette malade qui est très amaigrie et très cachectisée.

Observation XVI.

M^{lle} S..., 23 ans, Femme de chambre.

Pas d'enfant, pas de maladie antérieure, pas de traumatisme d'aucune sorte. La malade a toujours souffert un peu de l'estomac et a toujours été aussi un peu nerveuse. Il y a six mois à la suite d'une contrariété, elle a eu une crise de nerfs avec convulsions; cette crise se serait prolongée pendant deux jours, dit la malade, et aurait été suivie de céphalalgies violentes.

Actuellement la malade vient pour douleur dans le ventre, mal localisées, sans irradiations. En outre elle éprouve des sensations de pesanteur, de tiraillements dans l'estomac, de gonflement après le repas. Avec cela une sensation de fatigue continuelle, un état de nervosisme qui la fait se trouver constamment mal à l'aise. Elle est coléreuse et sujette à des crises à la moindre contrariété. Elle a de l'anesthésie pharyngée.

La paroi abdominale est solide, résistante, d'élasticité normale; on ne constate aucune ptiose viscérale, aucune douleur localisée dans l'abdomen. La paroi antérieure du vagin seule est flasque et a tendance à se prolaber.

L'ensellure lombaire est extrêmement prononcée et atteint 6 cm. 1/2.

A la palpation on constate dans toute la région épigastrique la présence de battements brusques énergiques. Ils sont visibles à l'inspection et consistent en soulèvements de l'épigastre. Ils sont perçus par la malade mais seulement pendant les crises ou les périodes de nervosisme.

Observation XVII

M^{lle} O..., 20 ans.

Pas d'enfants, pas de maladie antérieure. Cette malade se plaint d'éprouver des douleurs dans tout le ventre, surtout dans l'hypocondre droit et au niveau de l'épigastre depuis huit jours seulement.

Très nerveuse habituellement, elle ne dort pas la nuit, elle est agitée, a des rêves, des cauchemars; le matin au lever elle se trouve fréquemment très fatiguée ne sachant à quelle cause attribuer cet état. L'appétit est bon mais les digestions sont un peu pénibles et la malade éprouve quelques tiraillements et pesanteur, elle est habituellement constipée.

A l'examen on ne constate aucune pthose. Le ventre semble douloureux à la palpation, mais la paroi est rigide, absolument normale comme résistance et comme élasticité. On sent cependant des battements dans toute la région épigastrique, ils sont brusques, énergiques, intenses, on les perçoit à l'inspection à certains moments pendant l'expiration.

L'ensellure lombaire de cette malade est fortement exagérée, nous l'avons trouvée égale à 5 centimètres, on peut passer le poing à plat entre le plan horizontal et le dos.

La malade présente aussi de l'anesthésie pharyngée.

Observation XVIII

M^{me} D..., 32 ans.

Pas d'enfants, pas de maladies antérieures. Depuis trois ans elle souffre du ventre, du côté droit surtout. Elle a eu égale-

ment quelques crises analogues à des crises d'appendicite.

D'autre part, cette malade accuse des sensations de pesanteur, de tiraillements après les repas, du nervosisme, sommeil agité, colère, émotion facile, fatigue au moindre effort. La paroi abdominale semble à peu près normale, sa résistance, son élasticité ne paraissent pas diminuées. A la palpation on ne trouve rien d'anormal. L'utérus est rétrofléchi, le rein est à sa place.

Mais cette malade présente une ensellure lombaire égale à 3 centimètres ; aussi à la palpation il est possible de sentir les battements de l'aorte dans une région peu distante de l'ombilic au-dessus de lui. Ces battements ne sont ni visibles à l'inspection, ni perçus par la malade.

Observation XIX

M^{lle} D..., 30 ans.

Ni enfant ni fausse couche. Elle vient pour douleur dans le ventre ressenties surtout depuis un mois, déjà avant elle éprouvait fréquemment des sensations de fatigue et de douleur mal localisées. Elle est très nerveuse, agitée, désagréable, se laissant difficilement examiner. Elle a d'ailleurs eu des crises de nerfs.

Elle court de médecin en médecin et depuis trois ans on lui a déjà trouvé plusieurs affections différentes.

Elle vient actuellement pour ses douleurs abdominales.

A l'examen on trouve un rein droit ptosé ; on perçoit le cæcum dans la fosse iliaque droite et à gauche on a la sensation d'une corde tendue. Le thorax se termine en s'effilant, s'amincissant.

La paroi abdominale est un peu flasque, atone; elle manque d'élasticité et a perdu une partie de son tonus sans cependant présenter une insuffisance manifeste.

L'ensellure lombaire est légèrement accentuée, 2 centimètres environ. On trouve des battements épigastriques qui ne sont ni visibles à l'inspection, ni perçus par la malade; ils ne sont point très intenses et on ne les perçoit qu'en déprimant la paroi un peu à gauche et au-dessus de l'ombilic. Ils sont manifestement isochrones au pouls, et pendant tout le temps qu'on les sent soi-même contre ses doigts, la malade les perçoit elle-même.

Observation XX

M^{me} H..., 51 ans, femme de ménage.

Cette malade entre pour troubles gastriques, depuis un an l'affection progresse, l'amaigrissement est très prononcé, l'appétit est conservé, pas d'aliments qui lui répugnent spécialement. Pas de troubles de la déglutition. Pesanteur après les repas, renvois acides, éructation. *Brûlure au creux épigastrique* indépendante des aliments ingérés survenant une heure et demie ou deux heures après les repas; *vomissements*; ils se produisent depuis deux ans, d'abord clairs survenant surtout la nuit calmant les douleurs.

Ils sont devenus plus fréquents, tous les jours depuis douze ours, ils se produisent surtout la nuit: couleur marron, abondants, sentant mauvais, ils ne surviennent que lorsque la malade a mangé le soir. Elle n'a jamais reconnu d'aliments mangés la veille.

Elle n'a jamais vomi de sang pur ou en caillots, habituellement constipée, elle a de la diarrhée depuis douze jours ; plusieurs fois elle a remarqué des selles noires, mais elle avait pris une potion noire.

Actuellement : malade très amaigrie, région épigastrique très déprimée, limitée de chaque côté par la saillie du rebord cartilagineux du thorax ; on voit de temps en temps des contractions péristaltiques qui dessinent une tumeur semilunaire à concavité supérieure mi-partie au-dessus et au-dessous de l'ombilic, dessinant l'estomac sur la paroi.

Palpation : à droite et au-dessus de l'ombilic : tumeur ovalaire à grand axe dirigé en haut et à droite vers le rebord cartilagineux du thorax.

Tumeur assez lisse, arrondie ; très dure, mobile en haut et en dedans, impossible à mobiliser en bas ; à la palpation de cette tumeur on la sent soulevée par des battements ; les battements sont des battements de l'aorte transmis par la tumeur

Percussion : matité qui se prolonge un peu à gauche de la ligne médiane, léger clapotage.

Opération le 7 décembre : M. Tuffier trouve une tumeur volumineuse du volume du poing occupant l'antrum pylorique très abaissé.

Observation XXI (de M. TUFFIER).

M^{me} L..., 49 ans, 31 janvier 1907.

Cette malade déjà opérée d'une hystérectomie rentre actuellement pour troubles gastriques et névropathiques généraux. Elle se plaint d'anorexie, de tiraillements, de pesanteur dans la région gastrique. Ces souffrances durent depuis cinq ans mais depuis six mois ces symptômes se sont accentués.

La malade ne vomit pas, mais elle se plaint d'anorexie, d'une constipation opiniâtre avec mucosités et fausses membranes, elle accuse un amaigrissement de 40 livres.

La malade se présente sous un aspect cachectique, très amaigrée, jaunâtre; la paroi abdominale flasque, déprimée en bateau, entre presque en contact avec la colonne vertébrale à tel point qu'elle n'en paraît pas séparée par plus de 2 centimètres.

La flaccidité de la paroi est telle que l'on peut saisir entre les doigts au niveau de l'épigastre une tumeur allongée animée de battements roulant sous les doigts dans le sens transversal, immobile dans le sens vertical.

C'est l'aorte.

Dans l'hypocondre gauche on trouve également une tumeur arrondie, mobile, roulant sous les doigts dans tous les sens. Cette tumeur semble localisée au pylore.

(La lordose chez cette malade que nous avons vue : peu accentuée permet seulement le passage de la main entre le centre de courbure de la colonne et le plan du lit. Elle est traitée d'abord comme phtosique par le Dr Tuffier, puis devant la netteté et la persistance de la tumeur pylorique il se décide à l'intervention).

« Je trouve, dit-il, un pylore induré, rétréci, avec noyaux et irrégularités, étant donné sa mobilité extrême, pylorectomie, abouchement direct du duodénum à l'estomac. »

Il existait surtout dans ce pylore un élément contracture. L'examen histologique de la pièce ne révéla point de néoplasie évidente,

Observation XXII

M^{me} B..., 37 ans. Un enfant.

Cette malade vient à l'hôpital pour troubles gastriques, elle a toujours souffert de l'estomac, dit-elle, mais n'a jamais eu d'autre maladie.

Elle se plaint actuellement de vives douleurs, sensation de plaies, de brûlures, survenant deux ou trois heures après les repas et localisées à la région pylorique : elle éprouve en outre, des sensations de pesanteur, de tiraillement, de gonflement après les repas ; de la constipation.

Elle a fréquemment des vomissements survenant deux à trois heures après les repas : ils n'ont point d'influence sur les douleurs, ils n'ont jamais été mêlés de sang. Souvent la malade est aussi, dit-elle, prise de crises douloureuses ; ces crises surviennent généralement trois à quatre heures après les repas, elles débutent par de violents maux de tête accompagnés de vomissements de douleurs gastriques. Ces crises finissent avec les vomissements mais il reste consécutivement un peu de douleur, une faiblesse générale et un état d'anéantissement tel que la malade doit garder le lit. Ces crises surviennent toutes les trois semaines environ et la malade se sent glacée, dit-elle, au moment où elles apparaissent.

Depuis deux ans elle est au régime et ne prend que du jus de viande, du bouillon des purées. Le lait lui est insupportable.

Son sommeil est irrégulier, elle a des cauchemars, elle se réveille fréquemment, elle est mélancolique, inquiète, toujours à la recherche d'un nouveau remède. Elle a déjà été opérée de deux hernies et d'une appendicite et a vu de nombreux

médecins, le nombre de ses ordonnances en fait foi; elle manifeste cependant une certaine défiance et incrédulité à la médecine, et se déclare résignée à souffrir vu l'inutilité des remèdes.

On trouve à l'examen une malade amaigrie à teint jaunâtre, à peau ridée. Elle présente de l'anesthésie pharyngée, sa paroi abdominale est flasque, molle, sans élasticité. Son ensellure lombaire est légèrement exagérée.

A la palpation on constate la présence de battements un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, ces battements ne sont ni visibles ni perçus par la malade. On trouve aussi dans la région pylorique une masse arrondie, mobile de haut en bas, moins mobile dans le sens horizontal, non adhérente au plan superficiel. Dans les fosses iliaques droite et gauche, on trouve aussi le côlon ascendant et descendant sous forme d'un cordon contracturé.

Devant la persistance des phénomènes de sténose, M. Tuffier pratiquant la gastro-entérostomie et trouve un pylore contracturé, sténosé, paraissant induré, mais ne semblant pas atteint de lésion organique.

La sténose semblait donc due à l'élément contracture.

Faisons remarquer de plus ici que l'examen du suc gastrique avait fait constater de l'hypoacidite et de l'hypochlorhydrie.

Le voici du reste en détails :

Analyse du suc gastrique. — 30 décembre, épreuve après repas d'Elwald.

Aspect. — Trouble.

Odeur. — Nulle.

Couleur. — Jaunâtre.

Réaction. — Acide au tournesol.

Examen microscopique. — Aucun élément normal.

Examen qualitatif. — HCl libre: réaction de Gungbourg positive.

Acide lactique. Réaction d'Uffelmann positive: Traces.

Acides gras volatils, nuls.

Réaction du cacodyle et du butyrate d'éthyle négative.

Bile réaction positive.

Sang. — Néant.

Examen quantitatif. — Les normalesci-dessous sont celles d'un suc physiologique extrait une heure après le repas d'épreuve. Les résultats sont exprimés en milligrammes et rapportés à 100 centimètres cubes de liquide.

MÉTHODE D'HAYEM ET WINTER

Acidité totale HCl, A. Suc gastrique examiné 97,6.
Moyenne 189.

HCl libre. H. Suc gastrique examiné 22. Moyenne 44.

HCl faiblement combiné. C. Suc gastrique examiné 68.
Moyenne 168.

HCl des chlorures fixes. F. Suc gastrique examiné 127.
Moyenne 109.

HCl total. T. Suc gastrique examiné 217. Moyenne 325.

Coefficient d'Hayem et Winter $\frac{A-H}{C}$. Suc gastrique examiné 1-11. Moyenne 0,86.

Hypoacidité.

Hypochlorhydrie.

Bile.

Observation XXIII

M^{lle} L..., 21 ans.

Elle a eu un enfant il y a deux ans, une fausse couche il y a six semaines, une appendicite suppurée, il y a quatre ans.

Elle vient actuellement pour douleur dans l'hypocondre droit. Elle souffre habituellement de l'estomac et présente de l'entérite muco-membraneuse.

Mais elle se plaint aussi d'être très nerveuse, elle dort mal, elle est agitée, elle a des cauchemars.

D'ailleurs pendant l'examen elle manifeste sa névropathie par mouvements d'impatience, de soubresauts brusques pendant la palpation. On trouve dans le flanc droit une masse dure, allongée et lisse qui est le cæcum. Au toucher un utérus en position normale, pas de rein déplacé. L'ensellure lombaire de la colonne vertébrale n'est pas très marquée. Mais étant donné l'insuffisance de la paroi qui fait saillie en avant quand la malade fait un effort ; on sent des battements épigastriques. Ces battements sont peu intenses, on les sent cependant bien en déprimant la paroi un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, ils sont difficilement perceptibles ailleurs. Ils ne sont du reste pas perçus par la malade, et sont invisibles à l'inspection.

Observation XXIV

M^{me} B..., 38 ans. Deux enfants.

Elle vient pour douleurs dans l'estomac. Ces douleurs surviennent au moment de l'ingestion des aliments, durent pen-

dant la digestion et passent après. Elle se plaint également d'être très constipée et très nerveuse, facilement irritable, impressionnable.

Quelle que soit la nature difficile à déterminer de ces troubles gastriques, elle présente en dehors de cela une paroi abdominale qui n'a ni la résistance, ni l'élasticité normale ; on la déprime facilement. Elle présente en outre une ensellure lombaire exagérée que nous avons mesurée par notre procédé habituel et qui est égale à 3 centimètres.

A l'inspection on constate des battements qui consistent en ondulations de l'épigastre.

A la palpation on les perçoit dans toute la région épigastrique, ils sont synchrones au pouls, brusques, énergiques.

Cette malade ne présente cliniquement aucune pthose viscérale manifeste.

Observation XXV

M^{me} D..., 30 ans.

Elle a eu deux enfants dont le premier a 5 ans, le second 4 ans.

Elle vient actuellement pour douleurs dans la région génitale, datant d'il y a huit jours seulement. Mais elle a toujours été très nerveuse, dit-elle.

Elle est agitée, émotionnable ; elle pleure et rit facilement, elle a quelquefois de petites crises de nerfs. On lui trouve d'ailleurs de l'anesthésie pharyngée, toutefois son sommeil est bon. Depuis cinq mois elle souffrirait également de l'estomac. Ces souffrances consistent simplement en sensations

de tiraillements de pesanteur, elle a également aussi de la constipation.

La malade est maigre, la peau jaune, les traits tirés; sa paroi abdominale amincie, flasque, fait saillie en avant au moment des efforts. La lordose atteint 3 cm. 1/2 et on sent des battements ayant leur siège maximum un peu au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane moins facilement perceptibles plus haut. Ils ne sont ni visibles à l'inspection ni perçus par la malade.

On ne trouve aucune ptose manifeste sauf un utérus rétrofléchi mobile, dans tous, les sens avec un vagin extrêmement dilatable

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
CHANTEMESSE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AXENFELD. — Article *Abdomen* In Dict. et Dechambre.

ALLAN BURNS. — Observ. on præter natural pulsation in the epigastric region. Édinburg, 1809.

BOUCHARD. — Les dilatés de l'estomac.

BOUVERET. — Neurasthénie, p. 46. Paris. J.-B. Baillière, 1891.

— Traité des maladies de l'estomac. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

— Dilat. du cæcum et du côlon ascendant. *Lyon médical*, 1887.

CUILLERET. — *Gazette des hôpitaux*. Clinique sur entéroptose, sept. 1888.

CHAPOTOT. — L'estomac et le corset.

CHERON. — *Semaine médicale*, 1894, page 376. Trait. des pthoses.

— Trait. de l'entéroptose in *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, décembre 1896.

— *Union médicale*, 20 décembre 1888.

DUCATTE. — *Thèse Paris*, 1899. Pthose du gros intestin.

DEBOVE. — *Société médicale des hôpitaux*, 21 octobre 1892.

DIEULAFOY. — Pathologie int., t. I.

DUCHENNE. — *Thèse Paris*, 1891. Rein mobile.

EWALD. — Uber Enteroptose und Wandernière (*Berliner Clinische Wochenschrift*, 1896).

- Entéroptose und Wandernière. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1890.
- FERRÉOL. — Entéroptose et neurasthénie. *Rapp. Bull. Société médicale*, décembre 1886, page 499-509.
- L'entéroptose, *Bull. Soc. méd. des hôpit.*, 1887-1888.
- FAURE. — *Thèse Paris*, 1892. Hépataptose.
- GLÉNARD. — Neurasthénie et entéroptose. *Semaine médicale*, 1886.
- *Lyon médical*, 1885, page 449.
- A propos d'un cas de neurasthénie gastrique. *Province médicale*, 1887.
- De l'entéroptose. Bruxelles, 1890.
- *Revue des maladies de la nutrition*, 1896.
- Étude sur le foie et l'hépatisme. Paris, 1895.
- Palpat. du foie, tension abdominale in *Revue des maladies de nutrition*, 1897.
- Pthoses viscérales, 1889.
- GUÉNIOT. — Les prolapsus graisseux de l'abdomen. *Archives tocol.*, 1878.
- GUÉNIOT. — Du prolapsus pariéto-viscéral. *Archives tocol.*, 1885.
- GLÉNARD. — Nephroptose et entéroptose. In *Bull. Société médicale des hôpitaux*, 22 décembre 1893, page 882.
- HERNETTE. — *Thèse de Paris*, 1896. Pathogénie et Trait. des pthoses.
- HEATH CHRISTOPHE. — Clinical Society. *Bull. médical*, 8 décembre 1889. Battements épigastriques et ulcère de l'estomac.
- HIPPOCRATE. — Épidémies. Livre VIII, page 3, édition Littré, Paris, 1846, t. V.
- HAYEM. — Chimisme stomacal.
- KAPLAN. — *Thèse de Paris*, 1889. Contribut. à l'étude de l'entéroptose.
- KREZ. — Zur Frage der Enteroptose. *Munch. med. Wochenschrift*, août 1892.
- KAMPFT. — Uber enteroptose. *Wiener Clinische Wochenschrift*, 1892.

- LEGRY. — *Un. médicale*, 1895.
- LEVEN. — Estomac et cerveau. Paris, 1885.
- LYON. — Pathogénie et traitement des entéro-névroses intestinales. In Collection Cutzmann. Masson.
- LUTON. — Article *Aorte* in Dict. Jacoud.
- LANCISI. — De Natur cordis et anevrismatibus. Prof. 5, Rome, 1728.
- LAENNEC. — Traité d'auscultation, 1826-1836.
- MONTEUIS. — Les déséquilibres du ventre.
- MERCIER. — De la colite chronique. *Thèse Paris*, 1888.
- MABIBRAN. — L'atonie intestinale et ses complications. *Thèse Paris*, 1889.
- MATHIEU. — *Société médicale des hôpitaux*, 15 décembre 1893, page 285-286.
- *Gazette des hôpitaux*, 1888. Les phénomènes nerveux moteurs de la dyspepsie gastrique
- *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 5 janvier 1807.
- MACARIO ET SANDRAS. — Des pulsations abdominales idéopathiques. *Union médicale*, 1852.
- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum. Lett. XXIV, p. 34.
- POLTOWICK. — Contribution à l'étude de la maladie de Glénard, *Thèse de Lausanne*, 1892.
- *Rundschau-Munchen*, 1904, XIV, 577 ; 592-601.
- D. SANETIS. — Sulla Malattia di Glenard (*Giorn. Internaz. de med.*, décembre 1888).
- STILLER. — Ueber enteroptose im Lichte eines nerven Sligma neuresthenicum (Arch. F. Verdauungskrankheiten, Bd. 11, Heft. 3, 1896).
- SCHWERDT. — Enteroptose und intra-abdominale Druck (*Deutsch. med. Woche.*, 1896, p. 4, 5, 6).
- *Deutsch Medicinische Wochenschrift*, 1896.
- STOKES. — Diagnosis of anevrysm. Dublin, *Journal of medic. Society*, 1835.
- TRASTOUR. — Les déséquilibres du ventre. Paris, 1889, première étude ; deuxième étude, 1892.

- THIRIAR de Bruxelles. — Des troubles de l'appareil génital de la femme consécutifs au rein mobile.
- TREUB. — Enteroptose de Zeckle von Glenard (Genuskundige Bloden Tuveede Reeks, p. 11, Harlem de Erven. F. Bohn, 1895).
- TEISSIER. — *Semaine médicale*, 26 novembre 1902. Battements épigastriques dans l'aortite.
- TUFFIER. — Formes cliniques et diagnostic du rein mobile. *Semaine médicale*, 16 septembre 1891.
- Sur une maladie générale caractérisée par l'insuffisance physiologique des tissus. *Semaine médicale*, 1894, p. 285.
 - *Congrès de médecine et de chirurgie*, 1889, p. 563; 1891, p. 377.
 - *Congrès de Moscou*, 1897.
 - *Traité de chirurgie Duplay-Reclus*. Article *Rein mobile*.
 - *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 24 décembre 1892.
 - Les varicocèles et leur Trait. *Presse médic.*, 1899.
 - Leçon de mai 1907. Inédite sur batt. épigast. de l'aorte.
 - Cours de la faculté, 1896. Leçon sur entéroptose.
 - Etudes expériment. sur la chirurgie du rein, 1889.
- WEIL. — Des neurasthénies locales. *Thèse Nancy*, 1892.
- VINCENT. — La tension abdominale chez les dyspeptiques. Congrès de Lyon, 1895.
- VOLKOW ET DELITZINE. — Die Wundernière-Ein, Betrag zur pathologie intra-abdominalen, Berlin, 1899.